FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1967 N° 531

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Par

ERIC DEGIOVANNI

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

INTERNE DES HOPITAUX DE TOURS

Né le 22 Décembre 1935, à CLICHY (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le

TITRE :

LES ATTITUDES DE JEU DU SCHIZOPHRÈNE

INTÉRÊT SÉMÉIOLOGIQUE, PSYCHOPATHOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE.

Président de Thèse :

M. le Professeur P. PICHOT

Imp. A. COLLINET
38, Rue Champoiseau
TOURS — 1967

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1967 N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Par

ERIC DEGIOVANNI

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

INTERNE DES HOPITAUX DE TOURS

Né le 22 Décembre 1935, à CLICHY (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le

TITRE :

LES ATTITUDES DE JEU DU SCHIZOPHRÈNE

INTÉRÊT SÉMÉIOLOGIQUE, PSYCHOPATHOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE.

Président de Thèse :

M. le Professeur P. PICHOT

Imp. A. COLLINET
38, Rue Champoiseau
TOURS — 1967

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

DOYEN : G. BROUET
1er ASSESSEUR : D. BARGETON
2é ASSESSEUR : J. GOSSET

PROFESSEURS HONORAIRES

ALAJOUANINE - AUBIN - BENARD - BINET - BULLIARD - CATHALA - CHABROL - CHAILLEY-BERT - DEBRE - FEY - GALLIARD - GAUDART d'ALLAINES - GENNES - HALPHEN - HAZARD - HEUYER - LAROCHE - LAVIER - LELONG - LEVY-SOLAL - LIAN - MARCHAL - MATHIEU - MONOD - MOREAU - MOULONGUET - PASTEUR VALLERY-RODOT - PETIT -DUTAILLIS - PIEDELIEVRE - QUENU - RENARD - RICHET - SENEQUE - STROHL - TANON - VERNE -

PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

Professeurs titulaires :

DELMAS ..... Anatomie
DELARUE ..... Anatomie et cytologie pathologiques
BAUMANN ..... Anesthésiologie
TOURNIER ..... Bactériologie et virologie
JAYLE ..... Biochimie médicale
POLONOVSKI ..... - -
MALMEJAC ..... Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports
FAUVERT ..... Biologie médicale
BUGNARD ..... Biophysique médicale
DOGNON ..... - -
DJOURNO ..... - -
DENOIX ..... Cancérologie médicale et sociale
SCHAPIRA ..... Chimie pathologique

TUCHMANN ..... Embryologie

LEJEUNE ..... Génétique fondamentale

COURY ..... Histoire de la médecine et de la chirurgie

GIROUD ..... Histologie

BOYER ..... Hygiène et médecine préventive

DESOILLE ..... Médecine du travail

DEROBERT ..... Médecine légale

FASQUELLE ..... Microbiologie (Bactériologie et virologi

BRUMPT ..... Parasitologie

LAURENCE ..... Pathologie chirurgicale

KUSS ..... - -

VERNE ..... - -

N..... Pathologie exotique

MERKLEN ..... Pathologie expérimentale et comparée

LAROCHE ..... Pathologie médicale

BRICAIRE ..... - -

PEQUINOT ..... - -

TURIAF ..... Pathologie respiratoire

N..... Pathologie et thérapeutique générales

CHEYMOL ..... Pharmacologie

LEVY ..... -

BARGETON ..... Physiologie

PARROT ..... -

LEPAGE ..... Physiologie et pathologie obstétricales

DESGREZ ..... Radiologie médicale

CAUCHOIX ..... Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale

CONTE ..... Thérapeutique

LAMOTTE ..... Thérapeutique appliquée

<u>Professeurs à titre personnel</u> :

OLIVIER ..... Anatomie anthropologique

NEZELOF ..... Anatomie pathologique

BARBIER ..... Bactériologie

DEGREZ ..... -

DREYFUS ..... Biochimie médicale

BOURLIERE	Biochimie médicale
COUJARD	Histologie
LARIVIERE	Parasitologie
LOEPER	Pathologie expérimentale
RICHET	- -
DEJOURS	- -
ROUCAYROL	Physiologie
SCHERRER	-
KELLERSHOHN	Physique médicale
GOUGEROT	- -
TUBIANA	- -
FISCHGOLD	Radiologie médicale

2° - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

Professeurs titulaires :

REDON	Clinique carcinologie chirurgicale		Necker
SOULIE	Clinique	cardiologique	Broussais
LENEGRE	-	-	Boucicaut
LORTAT-JACOB	-	-	Beaujon
N.....	-	-	-
LEGER	Clinique cardiologique		Cochin
PATEL	Cliniques chirurgicales		Hôtel-Dieu
GOSSET	-	-	Saint-Antoine
SICARD	-	-	Salpêtrière
OLIVIER	-	-	Tenon
MERLE d'AUBIGNE	Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique de		Cochin
PADOVANI	-	-	Foch
FEVRE	Clinique de chirurgie infantile et orthopédique		Enfants-Malades
DUBOST	Clinique de chirurgie cardio-vasculaire		Broussais
MATHEY	Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire		Laennec

DUPERRAT ..... Clinique dermatologique Saint Louis

DECOURT ..... Clinique endocrinologique Pitié

LAMY ..... Clinique de Génétique médicale Enfants-Malades

HUGUIER ..... Clinique gynécologique Broca

DEGOS ..... Clinique des maladies cutanées et syphilitiques Saint Louis

TURPIN ..... Cliniques des maladies des enfants Enfants-Malades

MOLLARET ..... Clinique des maladies infectieuses Claude-Bernard

DELAY ..... Clinique des maladies mentales et de l'encéphale Sainte-Anne

HAMBURGER ..... Clinique des maladies métaboliques Necker

BERNARD ..... Clinique des maladies du sang Broussais

CASTAIGNE ..... Clinique des maladies du système nerveux Salêtrière

DEPARIS ..... Bicêtre

MILLIEZ ..... Broussais

BROUET ..... Cochin

BARIETY ..... Hôtel-Dieu

SEZE ..... Cliniques médicales Lariboisière

DREYFUS ..... Pitié

KOURILSKY ..... Saint Antoine

BOUDIN ..... Saint Antoine

DEBRAY ..... Clinique d'hydrologie et de climatologie Bichat

MARIE ..... Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale Enfants-Malades

JUSTIN-BESANCON ..... Clinique médicale propédeutique Broussais

DEROT ..... Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition Hôtel-Dieu

DAVID ..... Clinique de Neuro-chirurgie Pitié

GARCIN ..... Clinique Neurologique Salpêtrière

LACOMME ..... Cliniques obstétricales Baudelocque

MERGER ..... - - Saint Antoine

VARANGOT ..... Clinique obstétricale et gynécologique Port-Royal

OFFRET ..... Clinique ophtalmologique Hôtel-Dieu

BREGEAT ..... - - Cochin

AUBRY ..... Clinique oto-rhino-laryngologique Lariboisière

MOZZICONACCI ..... Clinique de pédiatrie

THIEFFRY ..... Clinique de pédiatrie et de puériculture Saint-Vincent-de-Paul

BERNARD ..... Clinique de pneumo-phtisiologie Laennec

MICHAUX ..... Clinique de Neuro-psychiatrie infantile Salpêtrière

COSTE ..... Clinique de rhumatologie médicale et sociale Cochin

DECHAUME .....Clinique stomatologique Salpêtrière

ROUX ..... Clinique thérapeutique chirurgicale Vaugirard

LEMAIRE ..... Clinique thérapeutique médicale Saint Antoine

GAULTIER .....Clinique toxicologique

JUDET .....Clinique traumatologique et orthopédique R. Poincaré

ABOULKER ..... Clinique urologique Cochin

COUVELAIRE ..... - - Necker

LAPLANE ..... Hygiène et clinique de la première enfance Trousseau

DOMART ..... Séméiologie médicale A. Chantin

BOUVRAIN ..... - - Lariboisière

RAMBERT ..... - - Pitiè

WOLFROMM ..... - - Rothschild

POILLEUX ..... Séméiologie et clinique chirurgicales Broussais

Professeurs à titre personnel :

ANDRE	Hématologie
BOUSSER	-
GIBERTON	Hydrologie et climatologie
BASTIN	Maladies infectieuses
AZERAD	Médecine
BOUR	-
CABROL	-
GROSSIORD	-
LAMBLING	-
LAUNAY	-
PAYET	-
PERRAULT	-
SIGUIER	-
WORMS	-
LE BEAU	Neuro-chirurgie
LHERMITTE	Neurologie
PICHOT	Neuro-psychiatrie
MADURO	Oto-rhino-laryngologie
POLONOVSKI	Pédiatrie
ROYER	-
KREIS	Pneumo-Phtisiologie
MEYER	-
DELBARRE	Rhumatologie

PROFESSEURS SANS CHAIRE

GOUYGOU	Anatomie Pathologique
VOURC'H	Anesthésiologie
CHRISTOL	Bactériologie
CARTIER	Biochimie médicale
GONNARD	- -
HARTMANN	Biologie médicale
BILSKI-PASQUIER	Hématologie

DUPONT ..... Maladies Infectieuses
COURSAGET ..... Physique médicale
GREMY ..... - -
GIRARD ..... Physiologie
CHAPUT ..... Stomatologie
CHASSAGNE ..... Thérapeutique

PROFESSEURS DETACHES

DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

HAUDUROY ..... Bactériologie
RUDLER ..... Pathologie chirurgicale

PROFESSEUR ASSOCIE

SCHWARTZ ..... Statistique médicale et épidémiologie

LENA ..... Secrétaire général de la Faculté
CHAINTREUIL ..... Conseillers administratifs
FAYE ..... - -
HAHN..... Conservateur en chef de la Bibliothèque.
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine
DUMAITRE ..... Conservateurs
LAURENT..... -
LE NOIR..... -
CONTET ..... Bibliothécaires
FORGET ..... -
DUTOZOY ..... -
ROBERGE ..... -
SCHILLER ..... -

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les sissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elles n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur P. PICHOT

Professeur de Psychologie Médicale
de la Faculté de Médecine de Paris

Vous nous avez fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer toute notre respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Marcel ROUZAUD

Professeur titulaire de la chaire de Neuro-psychiâtrie
de la Faculté de Médecine de Tours.
Médecin-chef du C.H.U. Bretonneau.

Mon Cher Maître,

Permettez-moi de vous exprimer ma profonde reconnaissance pour l'enseignement que vous me donnez dans votre service avec tant de gentillesse et de courtoisie.

J'espère me montrer digne de la grande confiance que vous me témoignez.

A Monsieur le Professeur P. SIZARET

Professeur Agrégé de Neuro-psychiâtrie
à la Faculté de Médecine de Tours.
Médecin des hôpitaux Psychiâtriques.

Mon Cher Maître,

Vous avez inspiré ce travail et vous m'avez aidé dans sa réalisation. Vous êtes aussi à l'origine de ma vocation psychiâtrique.

Permettez-moi de vous exprimer toute ma gratitude. La grande finesse de votre enseignement clinique, votre gentillesse et votre simplicité suscitent toujours mon admiration.

A Monsieur le Professeur A. ROSSIER

Professeur de Pédiâtrie
à la Faculté de Médecine de Paris.
Chef-de-Service.

Mon Cher Maître,

Je suis heureux de pouvoir vous exprimer mon admiration et ma reconnaissance.

Vos qualités de clinicien et vos qualités humaines restent des modèles pour votre ancien interne.

Je vous remercie encore pour votre précieux soutien lors de mon séjour en Zambie.

A Monsieur le Docteur G. LELORD

Médecin des Hôpitaux Psychiâtriques
Chef-de-Service du C.H.U. Bretonneau

Vous avez mis à ma disposition, avec beaucoup d'amabilité, une observation de schizophrénie infantile.

Veuillez recevoir ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur A. GOUAZÉ

Professeur d'Anatomie
à la Faculté de Médecine de Tours.
Chargé du cours de Neuro-chirurgie.

Mon Cher Maître,

Vous m'avez permis de bénéficier des services de votre laboratoire pour l'illustration de cette thèse.

Je vous exprime mes sincères remerciements.

A MES MAITRES DE L'EXTERNAT

Monsieur le Docteur SEILLE
Monsieur le Docteur WEISSMANN-NETTER
Monsieur le Docteur THOYER-ROZAT
Monsieur le Docteur BOURDIAL
Monsieur le Docteur ALBOT
Monsieur le Docteur NOUAILLE

A MES MAITRES DE L'INTERNAT

Monsieur le Professeur P. VIALLE
Monsieur le Professuer J. HUSSENSTEIN

Je leur exprime ma reconnaissance
pour le précieux exseignement
qu'ils m'ont prodigué.

A la mémoire de mes grands-parents paternels,

A la mémoire de mon grand-père maternel,
modèle de droiture et de bonté.

A ma grand-mère maternelle,
qui m'est si chère.

A mon frère et sa famille,
A ma soeur,
en témoignage de mon affection.

A ma femme,
ma compagne de tous les jours,
pour son amour et son aide.

A mon Fils,
dont les jeux m'ont tant appris.

A mon père, à ma mère,
Je leur exprime ici toute mon affection
et toute ma reconnaissance. Ils m'ont donné
une enfance heureuse et ont fait beaucoup de
sacrifices pour mes études.
Leurs qualités sont des modèles pour moi.

A mes oncles et mes tantes,
dont l'affection m'est si chère.

A mes cousins et cousines, à mes beaux-frères et belles-soeurs,
dont j'aime tellement la compagnie.

A ma belle-mère,
pour son affection et sa gentillesse.

A tous mes amis,

les plus anciens : Pierre PRADDAUDE, Pierre GROC, Bernard MATHIS, Jean Marie COUR, Christian CREISSON, Philippe LESIEUR, Jack BROOKE, Adolphe STAUCH et leurs familles.

A claude SIGNORET,

dont la fidèle amitié m'a été si précieuse au cours de mes études de médecine.

A tous mes amis de Zambie,

A tous mes amis de l'internat de Tours,

A claude MERCAT, l'un des plus brillants,

dont l'intelligence n'a d'égale que sa gentillesse et sa simplicité, en témoignage de mon admiration et de mon amitié.

Aux Infirmiers du Service du Professeur SIZARET,

pour l'aide qu'ils m'ont apportée dans ce travail et particulièrement Monsieur BOUVINES pour ses photos.

PLAN GENERAL

Pages

INTRODUCTION 1

PREMIERE PARTIE

ETUDE GENERALE DU JEU

I - ETUDE DU JEU HUMAIN NORMAL 5

- Le jeu de l'enfant 5
- Le jeu chez l'adulte normal 16
  . Au point de vue historique 17
  . Définitions et caractères du jeu 21
  . Les différentes catégories du jeu 24
  . Quelques autres caractères importants du jeu. 35
  . Le problème des rapports entre le jeu, le rire et la dérision 38
- Conclusion de létude générale du jeu 45

II - ETUDE GENERALE DU JEU EN PATHOLOGIE MENTALE..... 47

- Historique 47
- Les caractères généraux du jeu en pathologie mentale 51
  . Pour le domaine du jeu-dérision 53
  . Le syndrome du jeu de Minkowski 55
  . Le puérilisme de Dupré 56
  . Le jeu dans les névroses 59
  . Le jeu dans les psychoses 59
- Conclusions de l'étude générale du jeu en pathologie mentale 61
- Observation de André B... 63

DEUXIEME PARTIE

ETUDE DU JEU CHEZ LE SCHIZOPHRENE

Pages

ETUDE DU JEU CHEZ LE SCHIZOPHRENE 72

- Historique 72
- La schizophrénie 73
- Les attitudes de jeu du schizophrène et la sémiologie classique 80
- Ironie et le jeu-dérision chez le schizophrène. 88
- La perspective existentielle et phénomènologique de l'ironie et du jeu chez le schizophrène 94
- Le jeu, l'angoisse et l'expression chez le schizophrène..... 97

OBSERVATIONS CLINIQUES 101

- Le jeu et les activités artistiques du schizophrène..... 135
- Conclusions des observations cliniques 138

INTERET THERAPEUTIQUE DES CONNAISSANCES SUR LE "JEU" DES SCHIZOPHRENES 140

CONCLUSIONS GENERALES 154

I N T R O D U C T I O N

Les attitudes de jeu des schizophrènes ont souvent attiré l'attention. En général, on en souligne les caractères de bizarrerie et d'étrangeté qui font partie intégrante du syndrome schizophrénique. Les études qui ont été faites sur ce sujet insistent sur les caractères négatifs de ces attitudes ludiques. On peut être cependant frappé de constater que chez certains malades atteints d'une psychose schizophrènique évoluant déjà depuis longtemps, une des rares activités qui persiste chez eux est une activité de jeu. Repliés sur eux-mêmes dans un autisme impénétrable, en proie à une dissociation de leur vie psychique qui se traduit par leur ambivalence, leur discordance, ils conservent parfois cependant une certaine tendance à "jouer" qui apparait comme un dernier lien entre leur solitude intérieureet le monde qui les entoure.

En reprenant des études antérieures et en nous appuyant sur quelques observations cliniques, nous voulons essayer de préciser à nouveau, dans ce travail de thèse, les caractères essentiels du "jeu" chez les schizophrènes.

Cette étude offre des difficultés particulières. Le jeu ne se définit pas aisément ; son domaine n'a pas des limites très strictes et cela même pour le jeu de l'adulte normal. Pour la seule définition du jeu, les opinions varient considérablement selon les auteurs. Quand il s'agit d'aborder les composantes psychologiques du jeu humain, la complexité du problème est encore plus grande, la diversité des avis traduit les différences de formation intellectuelle ou de conception philosophique des historiens ou des psychologues qui ont étudié le jeu et les jeux. Le vocabulaire employé ajoute souvent à l'imprécision et à la confusion car ces études ont été abordées par des disciplines variées qui utilisent des termes différents pour désigner ou expliquer les mêmes faits.

Dans le domaine de la pathologie mentale, les difficultés pour étudier le jeu se trouvent accrues. Les subtiles nuances qui définissent la richesse du jeu humain normal sont bouleversées sinon balayées par les facteurs pathologiques. Le malade mental, pour celui qui l'observe, joue d'une façon parfois très éloignée de celle du sujet normal mais "il vit" aussi son jeu d'une façon différente. L'observateur peut avoir du mal à s'y reconnaitre et le vocabulaire psychiâtrique ne lui permet pas toujours d'exprimer parfaitement ni clairement les résultats de son observation. Défini et limité avec peine chez l'homme normal, le jeu est encore plus difficilement saisissable chez les malades mentaux malgré les aspects caricaturaux qu'il revêt quelquefois chez eux.

Ces difficultés sont au maximum dans la schizophrénie. A côté des multiples problèmes que pose la définition même de la schizophrénie, l'étude du jeu des schizophrènes est particulièrement ardue. Vouloir aborder la schizophrénie avec un "instrument" aussi ténu et aussi fragile à première vue que le jeu peut paraitre dérisoire, comme de faire le portrait d'un homme grimé en contemplant son image dans un miroir déformant. Un schizophrène qui a des dons artistiques laisse quelque chose de tangible un dessin, une peinture ou une sculpture qui peuvent être analysés ensuite. Le jeu ne laisse pas des traces aussi concrètes. Certes, il est classique de dire, et nous le reverrons, que l'art et le jeu ne sont pas totalement étrangers l'un à l'autre mais il est bien d'autres aspects du jeu schizophrénique qu'on ne peut saisir et surtout conserver qu'avec beaucoup de difficultés.

La photo et le cinéma peuvent être utilisés mais il est rarement possible de les posséder au bon moment, au moment du jeu spontané du malade.

Ce sont en effet les manifestations spontanées des malades qui nous ont intéressé. Si, au cours de nos observations, nous avons pour ainsi dire, "provoqué" le jeu de certains malades, c'est parce que, déjà, une tendance ludique spontanée était perceptible chez eux.

Nous ne pensons pas avoir surmonté toutes les difficultés que nous avons énumérées. Nous avons groupé sous le terme "attitude de jeu" des manifestations qui, à première vue, paraissent très éloignées les unes des autres.

Nous verrons cependant qu'elles présentent des caractères et posent des problèmes qui les rapprochent.

L'imprécision du titre de notre thèse reflète aussi volontairement, l'imprécision de l'objet même de notre étude. En contrepartie, elle en reflète aussi la variété et la complexité. Variété, complexité, richesse, ce sont déjà des caractères importants du jeu en général, du jeu humain multiforme qui ne se laisse pas emprisonner dans les définitions. Dès maintenant, apparait dans le jeu, dont nous allons faire d'abord une étude générale, une notion fondamentale, la notion de sa "liberté".

PLANCHE I

" Il arrive cependant de découvrir chez ces malades les ébauches d'un "ludisme" très particulier. Ils jouent avec eux-mêmes, étant à la fois acteurs et spectateurs. Leur mimique figée grimaçante, leurs rires explosifs et immotivés, leurs attitudes cataleptiques, donnent l'impression d'une clownerie tragique, mystèrieuse et déconcertante ". cf. p.86.

A

B

Iére P A R T I E

ETUDE GÉNÉRALE DU JEU

1er CHAPITRE

LE JEU HUMAIN NORMAL

2éme CHAPITRE

LE JEU EN PATHOLOGIE MENTALE

-:-:-:-

I - ETUDE DU JEU HUMAIN NORMAL

LE JEU DE L'ENFANT

Il nous semble qu'un rappel des principales caractéristiques du jeu humain normal, nécessaire avant l'étude du jeu pathologique, doit aborder en premier lieu le problème du jeu de l'enfant. Chez lui, en effet, le jeu revêt une importance capitale. Le mot "jeu" évoque immédiatement le mot "enfant". C'est un symbole de l'enfance, de la jeunesse, de la vie, du mouvement. Il suffit d'observer la cour d'une école au moment d'une récréation, pour s'en convaincre : elle offre une image dynamique et sonore du jeu, avec sa débauche de vitalité, d'énergie, d'action et de mouvement.

BUYTENDJK (19) insiste sur l'essence vitale du jeu: "Le jeu jaillit de la vie. Il est au coeur même de la vie". "Il se manifeste clairement chez les animaux qu'on appelle supérieurs. Dans leur vie et surtout dans leur jeunesse se montrent cette surabondance débordante, cette absence d'orientation fixe vers des buts, ces impulsions indéterminées et cette tendance d'exploration qui sont ancrées dans la nature de l'enfant humain dès son entrée dans le monde. Depuis l'Antiquité on sait que l'enfant est incliné à jouer et que l'adulte nourrit secrètement la nostalgie de cette vie spontanée de l'enfance".

On a dit que le premier jeu de l'enfant était son sourire A. NGUYEN ajoute (61) : "Quand son sourire répond à celui de l'adulte, c'est qu'il commence à savoir jouer. Dans toute l'acceptation du terme, le rire est pour chacun une ouverture, celle d'un pacte de non agression, le libre échange dans une structure de réciprocité, l'entrée dans le jeu".

Henri WALLON (78) insiste sur la valeur fonctionnelle des jeux de l'enfant. La succession des différentes sortes de jeu marque le développement même de l'enfant.

Il distingue ainsi plusieurs catégories de jeu :

- les jeux fonctionnels : ce sont les jeux du premier stade. Ils sont constitués par des mouvements relativement simples. Il s'agit soit de mouvements des membres ou des doigts, soit de gestes simples que l'enfant accomplit pour toucher ou saisir les objets à sa portée. Il aime leur imprimer des balancements, les jeter à terre en se délectant des sons et des effets que cela produit. Comme le dit H. Wallon : "Il est facile d'y reconnaître une activité en quête d'effets, d'ailleurs élémentaires". A ce propos il rappelle une loi importante qui intervient comme facteur de l'évolution mentale de l'enfant : la loi de l'acte et de l'effet.

Cette loi nous parait si importante qu'il nous semble nécessaire d'emprunter à H. Wallon de larges extraits pour la préciser :

" Sous le nom de réaction circulaire, Baldwin cherche à montrer que cette liaison est fondamentale (la liaison entre la sensibilité et le mouvement). Il n'y a pas de sensation qui ne suscite des mouvements propres à la rendre plus distincte et pas de mouvements dont les effets sur la sensibilité ne suscitent de nouveaux mouvements jusqu'à ce que l'accord soit réalisé entre la perception et la situation

correspondante. La perception est activée tout autant que la sensation ; elle est essentiellement adaptation. Tout l'édifice de la vie mentale se construit, à ses différents niveaux, par adaptation de notre activité à l'objet, et ce qui dirige l'adaptation, ce sont les effets de l'activité sur l'activité elle-même. Les exemples d'activité circulaires sont constants chez l'enfant. A tout instant l'effet produit par un de ses gestes suscite un nouveau geste destiné à le reproduire et souvent à le modifier au cours de séries à variations systématiques. Ainsi, l'enfant apprend à user de ses organes sous le contrôle de sensations produites ou modifiées par lui-même et à mieux identifier chacune de ses sensations, en la produisant différemment de ses voisines". H. Wallon cite l'exemple des nombreux exercices vocaux du petit enfant : "il apprend à réaliser toutes les relations possibles entre les domaines acoustique et kinesthésique par l'enchainement mutuel des effets et des actes". Henri Wallon ajoute : " Provoquer un effet connu est une des occupations préférée du petit enfant. Souvent même il le fait avec une monotonie lassante qui donne l'impression d'un plaisir lié non à l'effet particulier dont il est l'auteur, mais au simple fait d'être l'auteur d'un effet. C'est la fonction de l'effet sous sa forme pure. Dans d'autres cas, au contraire, il agit pour voir ce que va produire son action. C'est alors la diversité des effets possibles qui parait susciter son intérêt".

On voit ici qu'intervient la notion de plaisir, notion qui, nous le reverrons, entre dans la définition du jeu. Mais on se rend compte également que cette loi de l'acte et de l'effet peut expliquer l'apprentissage. "L'effet favorable entraine la répétition du geste utile, et l'échec, la suppression du geste inutile". Dès ce premier stade du développement de l'enfant, ces "jeux fonctionnels" sont donc aussi, pour lui, un élément important d'intégration. Il s'agit d'une intégration de ses fonctions qui lui permettent de se "connaitre" et de "connaitre" le monde qui l'entoure.

- Les jeux de fiction : l'enfant joue à la poupée, "au papa et à la maman", au chevallier.. etc.. Il s'agit là d'une activité dont l'interprétation est plus complexe. Mais l'apparition de la fiction dans le jeu de l'enfant marque une étape importante sur laquelle nous reviendrons.

- Les jeux d'acquisition : dans ces jeux l'enfant est captivé par tout ce qui est mis à la portée de ses sens. Il observe, écoute, essaie de percevoir et de comprendre les choses, les personnages, les récits ou les chansons qui lui sont présentés.

- Les jeux de fabrication : ce sont les jeux où l'enfant assemble des objets entre eux, en construit de nouveaux, les modifie, les reproduit.

Le problème se pose, très théoriquement en fait, de savoir si l'on peut donner à des "activités" aussi variées le nom de jeu. Chez l'adulte, le jeu se définit en partie parce qu'il s'oppose aux activités sérieuses et au travail. Or l'enfant ne "travaille" pas ; peut-on dire néammoins que le jeu est toute l'activité de l'enfant ? Pour les plus jeunes il faut reconnaître qu'il y manque la conscience du jeu. C'est en analysant le plus près le mode d'apparition des différentes fonctions chez l'enfant que l'on peut trouver les analogies entre "l'activité qui délasse" ou jeu de l'adulte et les "activités" spontanées de l'enfant.

Henri Wallon l'exprime ainsi :
"L'ordre dans lequel la structure des centres nerveux s'achève et amène à maturation les fonctions correspondantes reproduit celui de leur apparition dans l'échelle des espèces. Les plus primitives s'intégrent progressivement aux plus récentes et perdent ainsi leur autonomie fonctionnelle, c'est-à-dire leur pouvoir de s'exercer sans contrôle.

Mais la période qui suit leur maturation et qui précède celle des centres auxquels devra s'assujettir leur activité est une période de libre exercice. Provisoirement isolées, ces fonctions ne répondent pas au plan d'activité efficace qui est devenu celui de l'espèce. Aussi leurs manifestations ont-elles quelque chose d'inutile et de gratuit. Elles semblent jouer pour elles-mêmes. Et c'est ainsi qu'elles peuvent rappeler les jeux de l'adulte".

"Effectivement, les étapes que suit le développement de l'enfant sont marquées chacune par l'explosion d'activités qui semblent pour un temps l'accaparer presque totalement et dont il ne parait pas se lasser de poursuivre tous les effets possibles... D'âge en âge, ils signalent l'avènement des fonctions les plus diverses".

H. Wallon cite ainsi les fonctions sensori-motrices, les fonctions d'articulation, de mémoire verbale et de dénombrement, les fonctions de sociabilité qui se font reconnaître dans les jeux successifs des enfants. Ainsi, chez l'enfant, il y a un mouvement ascendant, c'est le mouvement même de son développement : la maturation progressive et successive des centres nerveux dont les primitifs s'intègrent aux plus récents entraîne l'apparition de fonctions hiérarchisées de plus en plus élaborées. Le libre exercice de ces fonctions dans la période qui suit immédiatement la maturation d'un centre ou d'une structure anatomo-physiologique aboutit à des "activités" qui, chez le jeune enfant, évoquent le jeu par leurs caractères de liberté, de gratuité et d'exubérance. Au fur et à mesure que l'enfant avance en âge, il se livre à des jeux de mieux en mieux individualisés et organisés et qui reflètent toujours l'acquisition de nouvelles fonctions. Chez l'adulte, au contraire, c'est pour ainsi dire par un mouvement de retour en arrière que le jeu surgit : l'adulte, on le verra, abandonne en effet cette fonction supérieure que Janet appelle "fonction du réel" pour pouvoir jouer.

Il se livre alors à des activités qui mettent en jeu des fonctions qui sont souvent inutilisées dans ses occupations "sérieuses". Mais c'est aussi par leurs caractères de liberté et de gratuité que ces "activités" qui délassent l'adulte méritent comme celles de l'enfant le nom de jeu.

En jouant, l'enfant accède à la maturité. En jouant, l'adulte retrouve une spontanéité perdue.

Pour interpréter les jeux enfantins, Henri Wallon rejette les théories de la récapitulation et de l'anticipation. Pour la théorie de la récapitulation, les jeux de l'enfant "seraient d'âge en âge la réviviscencedes activités que le cours des civilisations a fait se succéder dans l'espèce humaine". Pour la théorie de l'anticipation, "les jeux seraient la préfiguration et l'apprentissage des activités qui doivent s'imposer plus tard". Pour H. Wallon ces deux théories ne peuvent expliquer tous les faits relatifs au jeu enfantin.

Il attache au contraire beaucoup plus d'importance à la théorie de Freud sur le jeu. Mais il faut signaler qu'il n'y adhère pas complètement et, après avoir exposé cette théorie psychanalytique de Freud, il ajoute : "le mérite majeur de cette théorie, c'est bien sans doute, d'attirer l'attention sur ce qu'il y a de fiction dans le jeu. Avec la fiction s'introduit dans la vie mentale l'usage des simulacres, qui sont la transition nécessaire entre l'indice, encore lié à la chose, et le symbole, support des pures combinaisons intellectuelles. Aidant l'enfant à franchir ce seuil, le jeu tient là un rôle important dans son évolution psychique".

Malgré les réserves de Wallon, l'importance de la théorie psychanalytique du jeu de l'enfant est telle qu'il nous faut maintenant en rappeler les principaux éléments.

Cette théorie a d'abord été exposée par Freud, puis reprise et complétée par Mélanie Klein, Anna Freud, Lebovici et Diatkine et d'autres auteurs. (25, 37, 47, 51).

L'instinct sexuel ou "libido" impose au développement de l'enfant différentes étapes qui correspondent à la "fixation" de cet instinct sur des "objets" propres à chaque stade. De six à douze mois, le stede "oral" est celui où le "bon objet" est le sein maternel. Un deuxième stade, de un an à deux ans et demi environ, est le stade où tout objet est assimilé à "l'objet fécal" : c'est le stade "sadique-anal". C'est aussi à ce moment que la discipline sphinctérienne d'origine parentale établit un premier système d'interdictions. Le stade phallique ou génital va de deux ans et demi à quatre ans : c'est le stade de l'identification au parent de même sexe et du choix du parent du sexe opposé comme "objet" de la libido. C'est le stade du complexe d'Oedipe, avec l'angoisse de la "castration". De quatre ans à neuf ans environ, il y a une phase de latence des pulsions libidinales pendant que se construit la pensée sociale, morale et logique. A la puberté, la libido se fixe sur son véritable "objet" l'individu du sexe opposé, ce qui correspond à la maturation des fonctions génitales. C'est aussi le stade des anomalies, masturbation et homosexualité.

Dans cette perspective, le jeu de l'enfant est considéré d'une manière générale, comme un travestissement de la libido. Celle-ci est en effet souvent "refoulée" dans l'inconscient parce que, par exemple, ses pulsions sont en opposition trop forte avec la morale.

Le jeu est ainsi, pour l'enfant, un moyen d'exprimer ses pulsions sous une forme déguisée et édulcorée. Henri Wallon dit :

"Leur utilité (des jeux) serait d'opérer par le moyen de ces satisfactions détournées une vraie "catharsis".... En les substituant à son objet véritable, ils lui donnent pourtant occasion de se déployer et de s'exprimer".

Charles MELMAN dans un article récent (1) rappelle certaines notions psychanalytiques sur le jeu de l'enfant.

Il fait une distinction importante entre les jeux de compétition et ce qu'il appelle les "phantasie". Les jeux organisés ou de compétition apparaissent vers la cinquième année. On l'a vu cela correspond à la période de latence des pulsions, celle justement où se construit la vie psychique avec ses implications morales, sociales et logiques. Ch. Melman souligne, comme H. Wallon, que la tricherie est essentielle au jeu des enfants. Il existe toujours un partenaire tiers, "l'arbitraire symbolique (la convention du jeu) qui les a réunis avec la charge de les départager. L'illusion de le battre peut être acceptée comme plaisir par le partenaire vaincu par la tricherie, posant là une question sur la structure du masochisme".

L'autre jeu, les "phantasie", correspond en fait aux jeux de fiction d'Henri Wallon.

" La fille joue à la poupée, le garçon joue à être un chevallier autour de scénarios spontanés divers, pouvant occuper des heures et provoquant volontiers l'interdiction des parents ou leurs reproches".

Ch. Melman rappelle que Mélanie Klien a vu dans ces jeux "l'expression de fantasmes masturbatoires et la projection à l'extérieur des dangers internes avec la tentative de maîtrise que représentent la répétition et la manipulation à l'extérieur". Charles Melman envisage un autre aspect : "la rêverie diurne en tant que quête que l'objet primordial perdu et l'exploration, à travers les cheminements et l'exubérance de l'imaginaire, de toutes ces voies inexorablement fermées en cul de sac puisque, dans la plus grande liberté apparente, elles conduisent toujours à autre chose à l'à côté d'un désir que le complexe d'OEdipe a définitivement barré. Autrement dit, les "phantasie" comme exploration par l'enfant de son impossibilité radicale, où réapparait son arrimage irréductible à l'ordre symbolique qu'introduit le complexe de castration".

Anh NGUYEN, dans une étude sur les rapports du rire et de la dérision a également étudié ces aspects du jeu enfantin". Sous le couvert du plaisir hédonique et de l'exercice fonctionnel, il (l'enfant) trouve des satisfactions substitutives à ses besoins les plus profonds, en reproduisant ses expériences vécues ou en objectivant ses fantasmes. C'est pourquoi le jeu est symbolique d'intentions qui le dépassent.

En jouant avec ses parents, qui sont les objets réels dont ses pulsions ont faim, l'enfant essaie de se livrer à une activité d'échanges libidinaux et agressifs nécessairement symbolique puisqu'elle s'arrête au bord du réel".

Anh Nguyen, nous y reviendrons, insiste sur les rapports étroits qui unissent les jeux, le rire et la dérision. L'enfant, "mieux que personne, il sait que le jeu est au réel ce que la tétine est au téton.

Une dérision s'y glisse elle est dans le contenu ludique, jusque dans les jeux figuratifs où l'enfant joue un personnage. Le mime en latin se dit dérisior. "Anh Nguyen retrouve la dérision dans la forme même de l'activité ludique de l'enfant que l'on a donnée comme première structure de réciprocité avec l'adulte : "Réciprocité dérisoire en vérité, puisqu'illusoire tout autant : le jeu est hors du réel. Que l'enfant se prenne à son jeu, qu'il le prenne pour de la réalité, et l'adulte aussitôt justement l'y rappelle".

Malgré cet aperçu pessimiste de la dérision dans le jeu de l'enfant, A. Nguyen lui reconnait deux fonctions importantes : les fonctions d'intégration et de réassurance. "L'intégration des données réelles devient plus aisée par la médiation du jeu, le principe de réalité mieux acceptée grace à la prime toujours renouvelable de plaisir ludique".

"Les problèmes non encore résolus sont sans cesse remis en jeu, librement dosés. Cette répétition fractionnée exclut la réaction catastrophique. Tout dans le jeu concourt à la réassurance... La réciprocité avec l'adulte le rassure contre ses angoisses".

En résumé, nous avons vu dans ce raapel de quelques caractéristiques principales du jeu de l'enfant que ce jeu est synonyme de mouvement, d'exubérance. C'est un jeu dynamique parce que c'est un jeu étroitement lié au développement même de l'enfant. Henri Wallon écrit : "Le jeu de l'enfant normal.... ressemble à une exploration jubilante ou passionnée, qui tend à faire l'épreuve de la fonction dans toutes ses possibilités".

Le jeu permet à l'enfant à la fois de prendre pleinement conscience de lui-même car c'est un moyen et un reflet de son développement, mais aussi, à la fois, de communiquer avec le monde qui l'entoure. Il exprime aussi dans ses jeux ses pulsions et ses affects les plus profonds sous une forme symbolique.

LE JEU CHEZ L'ADULTE NORMAL

Le jeu a tenu tout au long de l'histoire de l'homme une place considérable. A l'époque actuelle, l'importance accordée aux loisirs apparaît encore plus nettement. Les loisirs deviennent un besoin indispensable dans les sociétés évoluées et industrielles où la vie quotidienne de l'homme est volontiers de plus en plus astreignante et monotone. " La distraction " est une nécessité, un élément indispensable d'équilibre individuel et même social. Il a fallu créer un Ministère des Loisirs et des Sports.

Nous avons vu, à propos du jeu de l'enfant, que F.J.J. BUYTENDIJK insiste sur l'essence vitale du jeu. Pour lui, le jeu signifie un retour à la vraie vie, ou un oubli de ce qui est utile, une libération de forces qui sont habituellement retenues par les exigences de la vie réelle. " Le sens humain du jeu est la réalisation quoique incomplète et illusoire de la libération de notre déchéance au monde (Verfallenheit an die Welt)". "Le jeu dans toutes ses formes humaines est l'équivalent vital de cette innocente et de cette inspiration, par ce qu'il nous rapproche de la jeunesse, de la suspension du monde utile et figé".

Le mot "jeu" en Français, dérive du mot Latin "jocus", de même que le mot Espagnol "jugar". Jocus, en Latin a un sens très large comme le mot "Spiel" en Allemand. Mais, en fait, le mot "jeu" en Français possède un sens très vaste.

Outre la signification d'activité délassante qui est la principale, il est utilisé dans un grand nombre d'expressions en priori très éloignées les unes des autres, comme "le jeu d'une bielle" "jouer des coudes," mettre en jeu".. etc.. où l'on retrouve une notion commune : celle d'un mouvement, d'une action.

Roger CAILLOIS, dans son livre "les Jeux et les Hommes" (2 0) a fait une étude générale très complète des jeux humains. Nous emprunterons à cet ouvrage l'essentiel de ce rappel des caractères du jeu.

- Au point de vue historique :

Roger Caillois, passant en revue les principaux jeux des différentes civilisations au cours de l'histoire et les études faites à leur sujet, trouve deux interprétations contradictoires.

Pour certains auteurs, les jeux et surtout les jouets sont considérés comme des reliquats d'occupation ou d'ustensiles sérieux abandonnés par les adultes et qui deviennent ainsi la propriété et le domaine des enfants. Ainsi, les armes périmées comme l'arc, la fronde deviennent des jouets ; beaucoup de jeux trouvent ainsi leur origine dans des rites religieux oubliés et vidés de tout contenu. Pour l'ensemble de ces auteurs, dit Roger Caillois, " tout déchoit dans le jeu ".

Par contre, en 1938, J. HUIZINGA (45) Recteur de l'Université de LEYDE, publie un ouvrage : " Homo Ludens " dans lequel il soutient la thèse contraire. Pour lui, le jeu est la source de la culture.

Les forces de liberté de fantaisie et d'imagination qu'il suscite sont créatrices. Respect de la règle et fantaisie s'associent paradoxalement dans de nombreux jeux mais aussi dans de nombreux domaines de la culture et de la civilisation.

Rappelant ces deux thèses contradictoires, R. CAILLOIS les résume ainsi :

"Dans un cas, les jeux sont représentés systématiquement comme autant de dégradations que celles des activités des adultes qui, ayant perdu leur sérieux, tombent dans le rang des distractions anodines. Dans l'autre, l'esprit de jeu est à la source des conventions fécondes qui permettent le développement des cultures. Il stimule l'ingéniosité, le raffinement et l'invention. En même temps, il enseigne la loyauté vis à vis de l'adversaire et donne l'exemple de compétition où la rivalité ne survit pas à la rencontre".

R. Caillois nous rappelle que Schiller a été l'un des premiers à souligner l'importance du jeu pour la culture. Schiller qui écrit : "L'homme ne joue que là où il est homme dans sa pleine signification et il n'est homme complet que là où il joue". Schiller pense d'ailleurs qu'il est possible de se faire une idée assez exacte d'une culture en étudiant les jeux qui s'y rapportent ; il pense aussi que le jeu est l'essence de l'art.

R. Caillois rappelle également l'oeuvre de Karl Groos qui étudia le jeu des animaux avant d'aborder l'étude du jeu humain et insista sur les caractères de gratuité, de liberté et de spontanéité du jeu en général, alors que Huizinga, pour expliquer la fécondité du jeu, insiste sur l'importance du respect de la règle.

Roger CAILLOIS pense qu'il n'y a pas une antinomie absolue entre les deux thèses qui voient dans le jeux, l'une une dégradation, l'autre la source de la culture.

Pour illustrer la première de ces thèses il cite plusieurs exemples. Le principal est celui du masque : très répandu tout au long de l'histoire comme objet sacré dans d'innombrables rites et cérémonies sacrées, il a fini par devenir dans de nombreuses contrées un jouet où plus rien ne subsiste de sa signification sérieuse passée. "Le mât de cocagne se rattache aux mythes de la conquête du ciel, le football à la dispute du globe solaire entre deux phratries antagonistes". "Dans l'Egypte pharaonique, un damier est fréquemment représenté dans les tombes. Les cinq cases en bas et à droite sont ornées de hiéroglyphes bénéfiques. Au dessus du joueur, des inscriptions se réfèrent aux sentences du jugement des morts, auquel préside Osiris. Le défunt joue son sort dans l'autre monde et gagne ou perd l'éternité bienheureuse".

"Les jeux périodiques célébrés en Grèce s'accompagnaient de sacrifices et de processions. Dédiés à une divinité, ils constituaient en eux-mêmes une offrande : celle de l'effort, de l'adresse ou de la grâce. Ces compétitions sportives étaient avant tout une sorte de culte, la lithurgie d'une cérémonie pieuse.

D'une façon générale, les jeux de hasard ont été constamment liés à la divination, de lamême manière que les jeux de force ou d'adresse ou les tournois d'énigmes avaient valeur probatoire dans les rituels d'intronisation à quelque charge ou ministère important".

"Il n'est guère de jeu, à la fin, qui ne soit apparu aux historiens spécialisés comme le stade ultime de la déchéance progressive d'une activité solennelle et décisive qui engageait la prospérité ou le destin des individus ou des communautés".

Mais Roger Caillois ne pense pas que cette conception du jeu en tant que dégradation d'une activité plus sérieuse puisse rendre compte de toute la richesse et la fécondité du jeu. Il fait d'abord remarquer que les enfants imitent, dans leurs jeux, des activités adultes souvent actuelles. Les armes fictives dont ils se servent dans leurs combats et leurs guerres représentent souvent pour eux les dernières armes modernes : fusil, pistolet, mitraillette. " A l'inverse, il n'est pas du tout assuré que les enfants préhistoriques ne jouaient pas déjà avec des arcs, des frondes, et des sarbacanes de fortune, au moment où leurs pères s'en servaient "pour de bon ou pour de vrai" comme dit d'une façon très révélatrice le langage enfantin.

"En un mot, instruments, symboles et rituels de la vie religieuse, comportements et gestes de la vie militaire sont couramment imités par les enfants. Ceux-ci trouvent plaisir à se conduire comme des adultes, à feindre pour un moment qu'ils sont des adultes.
C'est pourquoi toute cérémonie, plus généralement toute activité réglée, pour peu qu'elle soit frappante ou solennelle, et surtout si l'officiant revêt, pour s'en acquitter un costume spécial, sert normalement de support à un jeu qui la reproduit à vide".

"On est amené à soupçonner qu'il n'y a pas dégradation d'une activité sérieuse en amusement enfantin, mais plutôt présence simultanée de deux régistres différents". Il en est de même pour le jeu des adultes. " Il n'est nullement le résidu anodin d'une occupation d'adulte désaffectée, encore qu'il en perpétue éventuellement le simulacre, quand elle-même est périmée. Il se présente avant tout comme une activité parallèle, indépendante, qui s'oppose aux gestes et aux décisions de la vie ordinaire par des caractères spécifiques qui lui sont propres et qui font qu'il est un jeu."

R. Caillois conclut :"Expliquer les jeux à partir des lois, coutumes et lithurgies, ou au contraire expliquer la jurisprudence, la lithurgie, les règles de la stratégie, du syllogisme ou de l'esthétique par l'esprit de jeu, sont des opérations complémentaires et également fécondes, si elles ne se veulent pas exclusives". En tous les cas, la transformation des jeux au cours de l'Histoire, ne permet pas, pense Caillois, de se faire une idée absolument complète et exacte de la nature du jeu, comme l'on penser certains érudits de l'histoire des jeux. Une tentative de définir et d'étudier les caractères spécifiques du jeu est nécessaire pour essayer de saisir sa vraie nature.

- Définitions et caractères du jeu

Huizinga, dans son ouvrage, définit le jeu ainsi : "Une action libre, sentie comme fictive et située en dehors de la vie courante, capable néammoins d'absorber totalement le joueur ; une action dénuée de tout intérêt matériel et de toute utilité ; qui s'accomplit en un temps et dans un espace expressement circonscrits,

se déroule avec ordre selon des règles données et suscite dans la vie des relations de groupe s'entourant volontiers de mystère ou accentuant par leur déguisement leur étrangeté vis à vis du monde habituel".

R. Caillois fait deux critiques à cette définition. Il lui reproche d'abord de faire une place trop large au mystère. Celui-ci peut se trouver dans certains aspects du jeu mais il doit pas supplanter la part de fiction et de divertissement. Pour Caillois, le jeu s'accompagne beaucoup plus souvent d'aspects spectaculaires et ostentatoires. D'autre part, Huizinga exclue de cette définition les jeux du hasart. Cette exclusion se retrouve dans tout son ouvrage.

Il est vrai que Huizinga donne une autre définition du jeu, moins limitative :

" Le jeu est une action ou une activité volontaire, accomplie dans certaines limites fixées de temps et de lieu suivant une règle librement consentie mais impérieuse pourvue d'une fin en soi, accompagnée d'un sentiment de tension, de joie et d'une conscience d'être autrement dans la vie courante".

R. Caillois propose la définition suivante :

" Le jeu peut être défini comme une activité,

1° Libre : à laquelle le joueur ne saurait être obligé sans que le jeu perde aussitôt sa nature de divertissement attirant et joyeux.

2° Séparée: circonscrite dans des limites d'espace et de temps précises et fixées à l'avance.

3° - Incertaine : dont le déroulement ne saurait être déterminé ni le résultat acquis préalablement, une certaine lattitude dans la nécessité d'inventer étant pbligatoirement laissée à l'initiative du joueur.

4° - Improductive : ne créant ni biens ni richesse ni éléments nouveaux d'aucune sorte et, sauf déplacement de propriété au sein du cercle des joueurs, aboutissant à une situation identique à celle du début de la partie.

5° - Réglée : soumise à des conventions qui suspendent les lois ordinaires et qui instaurent momentanément une législation nouvelle qui seule compte.

6° - Fictive : accompagnée d'une conscience spécifique de la réalité seconde ou de franche irréalité par rapport à la vie courante."

Par le caractère absolument improductif qu'elle confère au jeu, cette définition semble bien exclure l'activité artistique. Nous reviendrons sur ce problème.

Charles MELMAN propose une définition plus globale, plus concise, mais aussi moins précise du jeu :
C'est un "code défini d'activités organisées permettant, pour un groupe donné, la rencontre de ses membres dans un but de plaisir".

Il nous faut, dès maintenant, soulever un point important. Nous venons de voir quelques définitions du jeu qui sont celles d'une activité distrayante qui, finalement aboutit au plaisir et à la joie des joueurs. Il est évident, devant de telles définitions, que se pose le problème des rapports du jeu, des jeux et du rire. Ce problème n'est pas simple. Nous le reverrons en abordant le point de vue psychanalitique de la question.

- Les différentes catégories de jeux

Nous reprendrons la classification de R. Caillois. Il distingue ainsi :

. Les jeux de compétition ou "agon". Il s'agit de confrontations qui ont pour but de désigner le meilleur des concurrents dans un domaine donné, au départ, les chances étant aussi rigoureusement égales que possible. Ces jeux sont aussi bien de caractère musculaire comme les épreuves sportives, que cérébral comme le jeu de dames ou d'échecs. Caillois écrit : " le ressort du jeu est pour chaque concurrent le désir de voir reconnue son excellence dans uh domaine donné. C'est pourquoi la pratique de l'agon suppose une attention soutenue, un entrainement approprié, des efforts assidus, et la volonté de vaincre. Elle implique discipline et persévérance. Elle laisse le champion à ses seules ressources, l'invite à en tirer le meilleur parti, l'oblige enfin à s'en servir loyalement et dans les limites fixées, qui egales pour tous, aboutissent en revanche à rendre indiscutable la supériorité du vainceur."
" L'agon se présente comme la forme pure du mérite personnel et sert à le manifester".

. Les jeux de hasard ou "alea" . Alea désigne en latin le jeu de dés. Caillois utilise se terme pour grouper tous les jeux dans lesquels le joueur ne compte plus sur son mérite pour triompher mais au contraire sur la chance seule. Son adversaire est pour ainsi dire le destin ou le hasard. Mais l'attitude du joueur, dans ces jeux, est totalement opposée à celle du joueur dans l'agon.

Dans l'aléa, le joueur est entièrement passif. Ces jeux de **pure** hasard ne mettent nullement en jeu ses capacités de réflexion, de force, d'adresse et de persévérance. "Il élimine la valeur professionnelle, la régularité, l'entrainement. Il en abolit en un instant les résultats accumulés. Il est disgrace totale ou faveur absolue". "L'agon est une revendication de la responsabilité personnelle, l'aléa une démission de la volonté, un abandon au destin."

Dans certains jeux, il y a combinaison de l'aléa et de l'agon.

Les jeux de hasard sont par excellence les jeux où l'on risque de l'argent. En général, dit Caillois, " le rôle de l'argent est d'autant plus considérable que la part du hasard est plus grande et par conséquent la défense du joueur plus faible". Mais l'argent est volontiers mis en jeu dans les jeux qui combinent à la fois l'agon et l'aléa, comme certains jeux de cartes en particulier. Bien plus une compétition, un agon, dont le résultat à priori est incertain du fait de l'égalité des chances au départ, peut constituer pour les observateurs un objet de pari et par conséquent un véritable "aléa".

R. Caillois souligne que les jeux de hasard sont essentiellement des jeux humains. On ne les retrouve absolument pas chez les animaux.

- Les jeux de simulacre et de parade ou "mimicry".

Ces jeux ont une importance considérable. Le joueur s'amure à devenir lui-même un personnage illusoire et à agir en conséquence. "On se trouve alors en face d'une série variée de manifestations qui ont pour caractère commun de reposer sur le fait que le sujet joue à croire, à se faire croire, ou à faire croire aux autres qu'il est un autre que lui même. Il oublie, déguise, dépouille passagèrement sa personnalité pour en feindre une autre".

Caillois désigne ces manifestations "par le terme de mimicry, qui nomme en Anglais le mimétisme, notamment des insectes, afin de souligner la nature fondamentale et élémentaire quasi organique, de l'impulsion qui les suscite".

Ces jeux groupent les jeux d'imitation des enfants mais aussi de très nombreuses activités ludiques des adultes où ils mettent en oeuvre des travestis et des déguisements. " La représentation théatrale et l'interprétation dramatique entrent de droit dans ce groupe".

Caillois montre que la "mimicry" se combine souvent avec l'agon. Les grandes manifestations et compétitions sportives sont un véritable spectacle et les spectateurs, fortement influencés par le déroulement de la compétition et des réactions de la foule qui vibre, se trouvent transportés hors de leur monde quotidien habituel, se sentent provisoirement "autres", se complaisent dans cette sensation et "jouent un rôle" dans cette immense représentation. Parfois ils imitent de la voix et du geste des attitudes des champions qu'ilsveulent encourager.

" A l'exception d'une seule, la mimicry présente toutes les caractéristiques du jeu : liberté, convention, suspension du réel, espace et temps délimités. Toutefois la soumission continue à des règles impératives et précises ne s'y laisse pas constater. On l'a vu, la dissimulation de la réalité, la simulation d'une réalité seconde en tiennent lieu. La mimicry est une invention incessante. La règle du jeu est unique : elle consiste pour l'acteur à fasciner le spectateur, en évitant qu'une faute conduise celui-ci à refuser l'illusion ; elle consiste pour le spectateur à se préter à l'illusion sans récuser de prime abord le décor, le masque , l'artifice auquel on l'invite à ajouter foi, pour un temps donné, comme à un réel plus réel que le réel."

. Les jeux de vertige ou "Ilinx". R. Callois les définit ainsi :

"Une dernière espèce de jeux rassemble ceux qui reposent sur la poursuite du vertige et qui consistent en une tentative de détruire pour un instant l'instabilité de la perception et d'infliger à la conscience lucide une sorte de panique voluptueuse. Dans tous les cas, il s'agit d'accéder à une sorte de spasme, de transe ou d'étourdissement qui anéantit la réalité avec une souveraine brusquerie".

Caillois rappelle un des exemples les plus spectaculaires de ces jeux de vertige, celui des "Voladores" mexicains. Ces hommes sont attachés par une corde au sommet d'un grand mât. La corde est suffisamment longue et est nouée autour de leur taille. Le jeu consiste pour eux à se laisser déscendre du mât en tournant en larges spirales, la tête en bas, avec de fausses ailes attachées à leurs poignets, pour ressembler à des aigles.

Mais il existe de nombreuses autres formes de ces jeux de vertige qui ne prennent pas un aspect aussi spectaculaire.

" Pour couvrir les diverses variétés d'un tel transport qui est en même temps un désarroi, tantôt organique, tantôt psychique", Caillois"propose le terme "ilinx" nom grec de tourbillon d'eau, d'où dérive précisément dans la même langue, le nom de vertige (ilingós)".

Caillois rappelle que ce plaisir particulier n'est pas le privilège exclusif de l'homme. Ces jeux de vertige semblent bien exister chez les animaux. Karl Groos cite l'exemple des chamois qui s'amusent à se laisser glisser sur les pentes abruptes des névés pendant que les autres les regardent.

. Le problème du "ludisme". Le mot"ludisme" n'est pas admis par le dictionnaire. Mais certains auteurs, en particulier Paul ABELY, l'utilisent pour désigner une variété particulière de jeux. L'étymologie de ce terme, dit Paul Abely est " lointaine et contreversée ". Il se rattache à différents mots latins : ludus, ludere, lusus et lucus qui ont un sens vaste et varié.

Paul ABELY (1) définit ainsi cette sorte de jeu : " la compétition et l'aléa en sont presque complètement exclus ainsi d'ailleurs que le mimétisme et le vertige. Tout au plus pourrait-on découvrir chez lui quelques composantes agressives : l'ironie et la taquinerie par exemple".

Ainsi, il s'agit d'une activité volontiers solitaire, excluant a priori les échanges et ne possèdant pas de caractères d'exubérance, comme nous avons pû en constater dans les précédents catégories de jeux. Pour Abely, " ce ludisme" n'est peut être pas aussi inutile qu'il le parait : " il tente aussi à une détente et à une dérivation ". Il note qu'il est fréquent chez les névropathes mineurs et qu'il représenterait, dans certains cas, une tentative de revalorisation, de restructuration de la personnalité, un essai d'évasion et de dérivation de l'anxiété. Il ne serait pas source d'angoisse. Il cite comme exemples de ludisme, le jeu du bilboquet, le jeu des mots croisés, les jeux de style ou de langage, les jeux purement mathématiques et, les jeux du réussite. Il nous parait très important de noter que Paul Abely laisse planer un petit doute sur l'un des caractères de cette sorte de jeu . Il y aperçoit parfois, en effet, une pointe d'agressivité, d'ironie mais par ailleurs il en souligne le caractère anodin, dérivatif et pacifique. Là, encore nous voyons que se posent les problèmes du rapport entre le plaisir, le jeu et la moquerie.

Il nous parait important de noter également que P. Abely considère que le "ludisme" tel qu'il le conçoit est en grande partie responsable de ce qu'on appelle maintenant "l'Art Pathologique". Il rappelle que Huizinga a en fait donné une portée beaucoup plus vaste à la notion de "ludisme", l'utilisant pour désigner le jeu en général et montrer la présence " active et féconde" de ce jeu dans toutes les grandes formes de la vie collective.

Comment expliquer unetelle extension du mot "ludisme" ? Pourquoi un auteur comme Paul Abely, après avoir présenté le "ludisme" en somme comme une forme mineure du jeu, en fait-il ensuite la source d'un phénomène beaucoup plus vaste comme "l'Art Pathologique" ? Pourquoi éprouve-t-il le besoin de rappeler que Huizinga lui aussi étend la notion de ludisme pour en faire l'origine d'un phénomène encore plus vaste et qui est tout simplement la Culture ? Le mot "ludisme" parait avoir le pouvoir magique d'entrainer les auteurs vers des horizons beaucoup plus vastes que ceux auquels ils le destinaient primitivement. Ce fait est d'autant plus intéressant que dans la langue française, le mot "ludisme" n'existe pas ! Nous voilà devant un bien curieux paradoxe : être obligés d'inventer un nouveau mot, utiliser un mot qui n'existait pas pour désigner d'abord des manifestations de jeu bien anodines (c'est un grand honneur qu'on leur fait de créer un mot spécialement pour elles !) et ensuite d'utiliser ce même mot pour désigner la source de réalisations concrètes importantes dans le domaine de la culture!

Paul Abely nous donne en partie la réponse en citant quelques lignes de Roger Caillois sur ce que celui-ci appelle le "ludus".

Etant donné l'importance de ces reparques de R. Caillois nous reproduisons de larges extraits du chapitre qu'il intitule : "De la turbulence à la règle".

" Les règles sont inséparables du jeu sitôt que celui-ci acquiert ce que j'appellerai une existence intitutionnelle. A partir de ce moment, elles font partie de sa nature. Ce sont elles qui le transforment en instrument de culture fécond et décisif. Mais il reste qu'à la source du jeu réside une liberté première, besoin de détente et tout ensemble distraction et fantaisie. Cette liberté en est le moteur indispensable et elle demeure à l'origine de ses formes les plus complexes et les plus strictement organisées. Pareille puissance primaire d'improvisation et d'allégresse, que je nomme "paidia", se conjugue avec le gout de la difficulté gratuite que je propose d'appeler "ludus", pour aboutir aux différents jeux auxquels une vertu civilisatrice peut être attribuée sans exagération. Ils illustrent en effet les valeurs morales et intellectuelles d'une culture. Ils contribuent en outre à les préciser et à les développer.

J'ai choisi le terme "paidia" parce qu'il a pour racine le nom de l'enfant et accessoirement par souci de ne pas déconcerter inutilement le lecteur en recourant à un terme emprunté à une langue des antipodes. Mais le sanscrit "kredati" et le chinois "wan" paraissent à la fois plus riches et plus révélateurs, par la variété et la nature de leurs significations annexes....

"Kredati" désigne le jeu des adultes, des enfants et des animaux. Il s'applique plus spécialement à la gambade, c'est-à-dire aux mouvements brusques et capricieux provoqués par une surabondance de gaieté ou de vitalité. Il s'emploie également pour les relations érotiques illicites, pour le va-et-vient des vagues et pour toute chose qui ondule au gré du vent.

Le mot "wan" est plus explicite encore, tant parce qu'il nomme que parce qu'il ecarte, c'est-à-dire les jeux d'adresse de compétition de simulacre et de hasard. En revanche, il manifeste de nombreux développements de sens sur lesquels j'aurai l'occasion de revenir.

A la lumière de ces rapprochements et de ces exclusives sémantiques, quelles peuvent êtres l'extension et la signification du terme de "paidia" ? Je le définirai, quant à moi, comme le vocable qui embrasse les manifestations spontanées de l'instinct de jeu : le chat empétré dans une pelote de laine, le chien qui s'ébroue, le nourrisson qui rit à son hochet, représentent les premiers exemples identifiables de cette sorte d'activité. Elle intervient en toute exubérance heureuse que traduit une agitation immédiate et désordonnée, une récréation primesautière et détendue, volontiers excessive, dont le caractère impromptu et déréglé demeure l'essentielle, sinon l'unique raison d'être."

Nous voyons par ces extraits que Caillois insiste sur cette notion fondamentale : à la base de tous les jeux humains et les jeux de beaucoup d'animaux il y a un véritable instinct naturel. Caillois désigne sous le "terme paidia" l'ensemble des manifestations spontanées, primitives et pour ainsi dire grossières de cet instinct. Mais ce qui nous parait essentiel c'est la conception d'un instinct naturel de jeu retrouvée à la fois chez les hommes et de nombreux animaux.

Mais Caillois pense que cette tendance profonde à jouer est complétée, chez l'homme, par une autre tendance : "le ludus" qui est le goût de la difficulté gratuite.

"D'une façon générale, le "ludus" propose au désir primitif de s'ébattre et de se divertir des obstacles arbitraires perpétuellement renouvelés, il invente mille occasions et mille structures où trouvent à se satisfaire à la fois le désir de détente et le besoin dont l'homme ne semble pas pouvoir s'affranchir, d'utiliser en pure perte le savoir l'application, l'adresse, l'intelligence dont il dispose..."

Roger Caillois écrit ailleurs :

" A une extrémité règne, presque sans partage, un principe commun de divertissement, de turbulence, d'improvisation libre et d'épanouissement insouciant, par où se manifeste une certaine fantaisie incontrôlée qu'on peut désigner sous le nom de "paidia". A l'extrémité opposée, cette exubérance espiègle et primesautière est presque entièrement absorbée, en tout cas disciplinée, par une tendance complémentaire, inverse à quelques égards, mais non à tous, de sa nature anarchique et capricieuse : un besoin croissant de la plier à des conventions arbitraires, impératives et à dessein gènantes, de la contrarier toujours davantage en dressant devant elle des chicanes sans cesse plus embarassantes, afin de lui rendre plus malaisé de parvenir au résultat désiré. Celui-ci demeure parfaitement inutile, quoiqu'il exige une somme constamment accrue d'efforts, de patience, d'adresse ou d'ingéniosité. Je nomme "ludus" cette seconde composante".

En définitive, il semble bien que le "ludisme" de Paul Abely comprenne des éléments qui se rapportent à la fois à la"paidia" de Caillois et au "ludus" de celui-ci. La force dynamique qui est incluse dans ces deux tendances complémentaires explique qu'en décrivant les formes les plus anodines du jeu, on soit bientôt entrainé à y trouver la source féconde de manifestations beaucoup plus spectaculaires et valables.

Il est intéressant de noter que Caillois a trouvé dans ses études que la "paidia" pouvait avoir une autre tendance complémentaire que le "ludus". " Une civilisation comme celle de la Chine classique inventa pour elle une destinée différente. Toute de sagesse et de circonspection, la culture chinoise est moins tournée vers l'innovation de parti-pris... Dans ces conditions, elle oriente naturellement la turbulence, le surcroît d'énergit de la paidia dans une direction mieux accordée à ses valeurs suprêmes. C'est ici le lieu de revenir au terme "wan". Selon certains, il désignerait étymologiquement l'action de caresser indéfiniement un morceau de jade pour le polir, pour éprouver sa douceur ou pour accompagner une rêverie. Peut-être est-ce à cause de cette origine qu'il met en lumière un autre destin de la paidia. La réserve d'agitation libre qui la définit au départ semble en ce cas dérivée non pas vers la prouesse, le calcul, la difficulté vaincue, mais vers le calme, la patience, le songe vain. Le caractère "Wan" désigne en effet essentiellement toutes sortes d'occupation semi-machinales qui laissent l'esprit distrait et vagabond, certains jeux complexes qui l'apparentent au "ludus" et en même temps la méditation nonchalante, la contemplation paresseuse".

Quelques autres caractères importants du jeu

Nous avons insisté dans les pages précédentes sur les principaux caractères du jeu, surtout ceux qui paraissent correspondre à un instinct primordial très important. Nous voulons rappeler plus brièvement maintenant quelques autres caractères du jeu.

Roger Caillois, comme beaucoup d'autres auteurs, insiste sur la valeur sociale du jeu et des jeux.
"Il manque quelque chose à l'activité de jeu quand elle est réduite à un simple exercice solitaire".

"Il est vraisemblable qu'aucune des catégories de jeux n'échappe à cette loi. Même les jeux de hasard semblent avoir plus d'attrait dans la foule sinon dans la cohue.... Ils préfèrent être là, pressés par l'affluence qui encombre l'hippodrome ou le casino tant leur plaisir et leur excitation se trouvent accrus par le frisson fraternel d'une multitude d'inconnus".

"Chacune des catégories fondamentales du jeu présente de cette manière des aspects socialisés qui, par leur ampleur et leur stabilité ont acquis droit de cité dans la vie collective.... Ces manifestations contribuent à donner aux différentes cultures quelques uns de leurs usages et de leurs institutions les plus aisément indentifiables".

Roger Caillois a essayé d'établir une sociologie à partir des jeux. Au cours de cette étude, il montre que certaines catégories de jeux se combinent volontiers entre elles c'est le cas de l'agon et de l'aléa et surtout celui des jeux de simulacre et de vertige, de la mimicry et de l'ilinx.

"L'alliance du simulacre et du vertige est si puissante si irrémédiable qu'elle appartient naturellement à la sphère du sacré et qu'elle fournit peut-être un des ressorts principaux du mélange d'épouvante et de fascination qui le définit". Caillois insiste sur l'importance du masque et de la transe, citant les exemples du shamanisme, du Vaudou et de nombreuses coutumes africaines. Il nous parait intéressant de citer quelques caractères rapportés par Caillois à propos du shamanisme :

"On désigne ainsi un phénomène complexe, mais bien articulé et facilement identifiable, dont les manifestations les plus significatives ont été constatées en Sibérie, plus généralement sur le pourtour arctique. On le retrouve également le long des rivages du Pacifique, particulièrement(le long des rivages) dans le Nord Ouest Americain. Quelles que soient les différences locales, il consiste toujours en une crise violente, une perte provisoire de la conscience au cours de laquelle le shaman devient réceptacle d'un ou plusieurs esprits... Suivant les cas, l'extase est obtenue par des narcotiques, par un champignon hallucinant (l'agaric qui a des propriétés voisines de celles du peyotl mexicain) par le chant et l'agitation convulsive, par le tambour, par le bain de vapeur, par les fumées de l'encens ou du chanvre ou encore par l'hypnose, en fixant les flammes du foyer jusqu'à l'étourdissement.

Le shaman est d'ailleurs le plus souvent choisi à cause de ses dispositions psychopathiques... Pour "l'ilinx", les transes dont il est la proie, vont souvent jusqu'à la catalepsie réelle".

On voit que ces faits se rapprochent du domaine de la psychopathologie. Il en est de même pour ceux que Roger Caillois rapporte sous le nom de "corruption des jeux". Mais cette corruption des jeux est essentiellement pour Roger Caillois une irruption de la réalité dans le jeu. Cette conception nous parait très intéressante. Le jeu, on l'a vu, se définit en partie par le caractère qu'il a d'être une activité "séparée" de la vie réelle avec ses implications multiples économiques et sociales. C'est quand, pour un individu ou un groupe d'individus, il n'y a plus séparation nette entre le domaine du jeu et la vie réelle quotidienne qu'il y a corruption du principe du jeu. "Le principe du jeu est corrompu.... uniquement par la contagion de la réalité" dit Caillois.

Il est possible d'exprimer autrement la même idée : il y a corruption du jeu quand les principes de celui-ci sont utilisés avec abus pour obtenir des résultats dans la vie réelle ou au contraire pour aboutir à une mauvaise adaptation à celle-ci.

Caillois cite ainsi comme corruption de "l'agon", n'importe quelle forme d'ambition forcenée, obsessionnelle".

La superstition est considérée par lui comme la perversion de"l'aléa". "La superstition apparait ainsi comme la perversion, c'est-à-dire l'application à la réalité de celui des principes du jeu "l'alea", qui fait qu'on n'attend rien de soi et tout du hasard. La corruption de la"mimicry" suit une voie parallèle : elle se produit quand le simulacre n'est plus pris pour tel, quand celui qui est déguisé, croit à la réalité du rôle, du travesti, et du masque. Il ne joue plus cet autre qu'il représente. Persuadé qu'il est l'autre, il se conduit en conséquence et oublie l'être qu'il est. La perte de son identité profonde représente le châtiment de celui qui ne sait pas emprunter au jeu le gout qu'il a d'emprunter une personnalité étrangère.

C'est à proprement parler l'aliénation". Nous reviendrons sur cette conception de l'aliénation de Roger Caillois : l'aliénation comme corruption du jeu. Cette conception est d'autant plus originale et puissante si l'on prend, comme il le fait lui-même le mot corruption au sens d'irruption excessive de la réalité, réalité extérieure mais aussi et surtout réalité "intérieure" du sujet, qui utilisent pour leurs fins propres les moyens et les artifices du jeu.

L'une des corruptions les plus importantes du jeu, c'est la corruption de "l'ilinx".

"Pour acclimater le vertige dans la vie quotidienne il est nécessaire de passer des prompts effets de la physique aux pouvoirs louches et confus de la chimie...." C'est évidemment le domaine de la drogue.

Le problème des rapports entre le jeu, le rire et la dérision

Nous avons vu au cours de notre étude générale du jeu que ce problème se pose fréquemment et revêt en fait une importance capitale.

Il a été particulièrement étudié par Anh NGUYEN (61) dans son article de l'Evolution Psychiatrique : "Le rire et la Dérision". Nous lui emprunterons ses principales conclusions.

Tout le travail de A. Nguyen revient en fait à démontrer que toute rencontre humaine se place en fait sous le signe de la dérision. Pour lui, toute la vie de l'homme et surtout de l'enfance à l'âge adulte, est une lutte. C'est une lutte essentiellement contre l'angoisse. Nous voyons apparaître cette notion fondamentale et vieille comme le monde de l'angoisse humaine.

Mais là, A. Nguyen, avec bien d'autres auteurs, dont les moindres ne sont pas Freud et Bergson, met cette angoisse à la base du rire et de la dérision.

Il prouve d'abord que la "dérision" ou moquerie est inséparable du rire.

"Derisio vient de "deridere" , se rire "de". Se moquer d'un objet, c'est non seulement ne pas en tenir compte, mais encore le présenter de façon risible".

A. Nguyen rappelle que de nombreux philosophes et écrivains ont, au cours des âges rapproché rire et dérision. Platon et Aristote ont insisté sur ce que le rire contient d'orgueil et de mépris. Descartes affirme que le rire traduit "l'éclosion soudaine d'un sentiment de supériorité". Bergson surtout écrit : " Le rire peut pas être absolument juste. Répétons qu'il ne doit pas non plus être bon. Il a pour fonction d'intimider en humiliant".

Certains auteurs pensent que la dérision se situe souvent dans la conscience de celui qui, par ses actes, ses paroles ou sa situation, déclenche le rire d'autrui. Pour eux, la dérision n'est pas dans l'intention du rieur mais dans la conscience de celui qui est "la victime" du rire. Le rire a tendance à annihiler la réalité d'une chose ou d'un fait, à les présenter comme absurdes, irréels ou imaginaires. C'est"le pouvoir anéantissant" du rire. Cet "anéantissement" si bref soit-il, est ressenti douloureusement par la personne qui en est victime et qui se trouve vexée de ne pas être prise au sérieux.

Le rire est une défense contre l'angoisse. Cette angoisse, souvent inconsciente, peut surgir devant un fait, une chose ou un personnage qui revêtent un aspect étrange, inattendu, inhabituel. Mais ces caractères d'étrangeté, d'anomalie, peuvent être aussi bien la source d'inquiètude et d'angoisse que de rire. Nguyen rappelle que le mot "Komisch" en Allemand et aussi le mot "funny" en Anglais qui signifient tous les deux comique, amusant servent aussi à désigner la surprise ou la peur. De la même façon, le mot "drôle" en Français possède aussi le sens "d'inquiètante étrangeté". Or, le rire possède la faculté, on l'a vu, d'annihiler la réalité, de la présenter comme négligeable, en un mot de la tourner en dérision : il constitue donc un excellent moyen de défense et de transformation de cette "inquiètante étrangeté" que les choses et la vie nous offrent si souvent.

Mais, nous l'avons dit, la source essentielle de l'angoisse c'est autrui. " L'angoisse devant l'absurde n'est autre que la peur de l'homme devant l'homme" dit A. Nguyen Il rappelle alors les thèses de Sartre qui dit : "Le conflit est le sens originel de l'être pour autrui."

A. Nguyen écrit ensuite : " chacun veut être reconnu comme étant un homme, chaque conscience comme une liberté".

"La reconnaissance est donc toujours à conquérir et, d'emblée la rencontre humaine se situe sous le signe de la dérision. Chacune cherche à réduire son prochain en esclavage soit par action directe, soit par magie. Il s'agit pour chacun de n'être pas dérisoire pour l'autre". "Dans la banalité quotidienne, la confrontation humaine requiert une continuelle vigilance. La tension sociale, en dehors des cas pathologiques, varie sans cesse en quantité et en qualité. Chaque circonstance, chaque présence, chaque situation objective nous impose un rôle à tenir nous impose un personnage, un masque. La vie est une "Comedia d'ell'arte" où, toujours en représentation, chacun cherche à lire dans le regard de l'autre l'argument de la rencontre."

La théorie psychanalytique fait naturellement porter le conflit avec autrui sur un autre plan, mais le conflit est toujours présent, donc l'angoisse.

"La dérision, en tant que menace d'agression, se présente dans une structure génitale avec une signification de castration".

"De la même façon, s'il est vrai que le conflit entre les hommes n'a jamais pour objet que la possession des femmes, l'on comprend que la rencontre humaine se situe dès l'abord sous le signe de la dérision. En tant que défense, la dérision revêt dès lors la forme d'une protestation virile".

"La dérision, en tant que défense ludique, joue comme régulatrice des tensions sociales. Etant donné la dimension sexuelle des rapports humains, le sentiments d'être dérisoire est vécu dans l'angoisse de la castration que maintes frustrations réveillent et entretiennent. D'où la défense ludique retrouvée, la libération cathartique des tendances libidinales et agressives brimées, l'exhibitionnisme de l'esprit comme d'une virilité inaliénable. Le rire signifie la satiété, c'est-à-dire le refus délibéré de l'objet du désir assouvi".

On voit que dans ces lignes de Nguyen apparait le mot "ludique". Nguyen rassemble jeu, rire et dérision. C'est essentiellement par son étude du jeu enfantin qu'il parvient à cette assimilation fondamentale.

Nous avons déjà vu dans l'étude du jeu de l'enfant comment A. Nguyen y retrouve la dérision. Il insiste sur le fait que la dérision est inséparable de l'image du Père et de la crainte de castration qu'il inspire. Or on a vu quelle importance les problèmes profonds de la vie enfantine tiennent dans les jeux des enfants. Anh Nguyen rappelle en particulier les dessins "drôles" des enfants, qui expriment souvent "la peur réprimée de la castration". Il écrit ailleurs, à propos de l'angoisse infantile :

" Les techniques de dégradation entrent en jeu. L'identification à l'agresseur décrite par Anna Freud en est un exemple l'enfant mime l'objet d'angoisse, le parodie en fait un objet de risée. Il joue au loup, au voleur, au gendarme, au père."

Voici donc des jeux enfantins, sinon tous les jeux inclus dans le vaste champ de la dérision si bien défriché par Anh Nguyen. Mais cet auteur généralise et écrit :

"Les jeux et les rires vont, bien entendu de pair. Le jeu c'est "pour rire" et "pour de rire". L'anglais "ludicrous" qui signifie"risible" "comique" reconnait pour racine le latin "ludus" jeu".

Et en définitive, "la dérision est une expression de l'agressivité au moyen de techniques ludiques qui dévalorisent l'objet en faisant rire à ses dépens".

Anh Nguyen cite l'exemple des "jeux verbaux". Ils sont un moyen de dérision et donc àla fois un moyen de défense et d'offense ou d'attaque "camouflée", indirecte.

"Cette offense est indirecte elle nait souvent de l'impuissance, de la peur d'un affrontement réel, de l'impossibilité d'une agression objective, d'où le recours à la magie du verbe, qui exorcise en ravalant".

"La dérision joue sur cette ambiguité, le jeu verbal est ambiguité même. Le language devient objet de jeu, la parole activité ludique. Freud écrit à propos de l'humour :
"Le Moi se refuse... à se laisser imposer la souffrance par les réalités extérieures.... bien plus il fait voir qu'elles peuvent même lui devenir occasion de plaisir".

Pour résumer nous emprunterons encore quelques phrases particulièrement significatives de Nguyen qui pourraient servir de conclusion à son étude des rapports entre jeur, rire et dérision.

"D'une manière générale, le rire est un acte magique qui annule le danger ou tout au moins le rend dérisoire. Devant l'angoisse réelle et la sorcellerie supposée le rieur s'affirme non dérisoire puisque justement il dérise. Il est le Maître, celui qui triomphe de ses peurs. Précisément, le rire ressuscite la sécurité dans l'ambiance ludique". Mais, ajoute Nguyen "l'affrontement ludique est en réalité une fuite du monde et une démission de soi. L'activité de jeu est illusoire, le jouet un objet dérisoire. Au sens étymologique du terme, le joueur "élude" le réel ("eludere" : se jouer de, se moquer de, ludus : jeu). Si bien que le jeu est par essence une défense et une dérision, et c'est pourquoi, en tant que défense, la dérision use si volontiers des techniques du jeu".

Nous voyons l'importance de toutes ces conceptions Il y a d'incontestables rapports du jeu, du rire et de la dérision. C'est essentiellement pour cette raison que nous avons choisi un titre global. "Les attitudes de jeu" pour notre travail de thèse sur les schizophrènes.

Pour les auteurs qui ont étudié ces rapports, il semble que le dénominateur commun du jeu du rire et de la dérision soit l'angoisse, l'angoisse de l'homme face à lui-même, face à autrui, face à son existence. Pascal avait déjà mis cette angoisse au fond du "divertissement".de l'homme.

Pourtant, nous ne voulons pas souscrire sans réserve à une telle conception. Nous ne pensons pas que l'angoisse soit le seul ressort du jeu dans son ensemble. Nous avons vu en reprenant les études de Roger Caillois que l'on est obligé de concevoir un véritable instinct de jeu dont les manifestations les plus primitives se caractérisent par leur liberté, leur spontaneité, leur exubérance, leur caractère dynamique. Le fait que l'on retrouve de nombreux exemples de ce jeu "spontané" chez les animaux nous parait être un argument important pour considérer le jeu comme un phénomène vital, presque biologique.

" Le jeu jaillit de la vie. Il est au coeur même de la vie". C'est parce que nous adhérons pleinement à cette idée de BUYTENDIJK (19) que nous avons placé cette citation en tête de notre étude générale du jeu. C'est parce que nous croyons à cette énergie vitale du jeu que nous avons commencé notre étude par le jeu de l'enfant qui est le symbole de cette energie potentielle. Si tous les auteurs reconnaissent au jeu d'être une récréation au sens habituel du terme, nous avons vu que certains d'entre eux lui reconnaissent des propriétés de consolidation de la personnalité, de réassurance, qui en font une récréation au sens fort du terme, c'est-à-dire un renouvellement de la personne. C'est sans doute par un retour à cet instinct et à cette énergie vitaux qui sont à sa source que le jeu possède ces qualités.

CONCLUSIONS DE L'ETUDE GENERALE DU JEU

Nous avons passé en revue les principaux caractères du jeu chez l'enfant et chez l'adulte.

- Chez l'enfant : le jeu est un reflet et un moyen de son développement et de son épanouissement. Il est essentiellement fonctionnel, tant au point de vue sensori-moteur et intellectuel qu'affectif. En effet la psychanalyse a montré qu'il lui permet d'exprimer sous une forme symbolique et déguisée ses affects et ses conflits les plus profonds. Le jeu de l'enfant possède des caractères de spontanéité, de liberté et d'exubérance qui paraissent être ceux d'un véritable instinct, comme celui que l'on retrouve chez certains animaux. Il faut cependant citer la remarque de Charles Melman pour lequel cet instinct ne peut se développer que si les formes qui peuvent soutenir ce jeu lui sont enseignées.

- Chez l'adulte : le jeu, pour Roger Caillois, est une activité libre, séparée de l'activité ordinaire quotidienne, incertaine, improductive, réglée, fictive. On peut distinguer des jeux de compétition ("agon") de hasard ("alea") de simulacre ("mimicry") et de vertige ("ilinx").

Dans tous ces jeux on peut retrouver à la base deux éléments : un instinct primordial qui est à la source des manifestations les plus primitives, les plus désordonnées, les plus spontanées du jeu aussi bien chez les hommes que chez les animaux ("paidia") et, chez l'homme, une tendance complémentaire à chercher et à vaincre la difficulté gratuite ("ludus"), tendance en apparence inutile mais, qui en fait, aboutit à discipliner la "paidia", à enseigner le respect de la règle et est peut-être l'origine de nombreux phénomènes de la culture. Le jeu a une importance sociale considérable.

Il peut être "corrompu" lorsque l'irruption de la réalité dans son domaine vient fausser ses principaux caractères d'activité libre, gratuite et séparée.

Certains auteurs ont désigné sous le nom de "ludisme" certaines formes de jeu, jeu en général solitaire et peu exubérant. En analysant cette notion, il semble qu'elle désigne à la fois un instinct primaire de jeu qui correspond à la "paidia" de Roger Caillois et la tendance complémentaire que celui-ci désigne sous le nom de "ludus". Pour Paul Abely le "ludisme " comporte parfois une légère note agressive d'ironie ou de raillerie.

Ce fait souligne l'étroitesse des rapports qui unissent le rire, le jeu et la dérision. Celle-ci est le plus souvent un moyen de défense contre l'angoisse et elle utilise volontiers les techniques ludiques.

Il est donc justifié d'étudier globalement toutes les manifestations du jeu mais il convient de garder présente à l'esprit la distinction fondamentale entre le jeu-distraction vrai qui dépend d'un véritable instinct vital et le jeu-dérision qui n'est qu'un reflet du conflit de l'être avec le monde et avec autrui.

II- ETUDE GENERALE DU JEU EN PATHOLOGIE MENTALE

HISTORIQUE

Il faut rappeler que dans l'Antiquité déjà, puis à travers les âges, les médecins qui ont étudié et soigné les malades mentaux, ont accordé une importance plus ou moins grande à la "distraction" de ces malades. Pendant très longtemps, les psychopathes furent, pour beaucoup d'entre eux, désignés sous l'épithète de "mélancoliques". La "mélancolie" englobait en effet, des affections psychiatriques très différentes, mélancolies vraies mais aussi des névroses graves, certains délires et certaines formes de schizophrénie (73).

Mais il est nécessaire de rappeler que, pendant très longtemps, l'essentiel de la thérapeutique, consista à évacuer "les mauvaises humeurs". La thérapeutique humorale visait à débarasser l'organisme de "la bile noire" ou "atrabile" que l'on rendait responsable de la maladie mentale et d'où provient le terme "mélancolie".

La "distraction" était accessoire, utilisant divers artifices : le théatre, la musique, les voyages. En fait, seuls les malades aisés pouvaient vraiment bénéficier de distractions de qualité. Pour les autres malades mentaux, l'histoire de la thérapeutique psychiâtrique est faite surtout d'incompréhension ou de traitements "corporels" à visée morale qui ressemblaient davantage à des punitions qu'à des distractions. D'une façon générale, la distraction des malades mentaux, quand elle était appliquée, reposait sur des idées de charité et d'humanité qui n'avaient pas toujours une grande force thérapeutique ni une grande efficacité.

Paradoxalement, mais de façon significative, c'est avec l'introduction des thérapeutiques occupationnelles, du travail comme instrument de traitement et non plus comme simple distraction du malade, que le jeu et son étude vont commencer à prendre de plus en plus d'importance . Le problème du jeu se retrouvera alors dans toutes les grandes étapes de la psychiâtrie moderne.

La fin du XVIIIème siècle voit l'oeuvre de plusieurs médecins qui libèrent les malades mentaux de leur condition de prisonniers enchainés : Chieruggi,Daquin, Pinel. Celui-ci dit : " C'est souvent bien moins par des médicaments que par des moyens moraux et surtout par une occupation active qu'on peut faire une diversion heureuse aux idées tristes des mélancoliques ou même changer leur enchainement vicieux".

Si cette attitude de libération du malade possède déjà une grande valeur symbolique que soulignerons les promoteurs américains de "l'Occupational Thérapy", "l'occupation du malade n'est encore conçue que comme une diversion.

Vers 1850, les aliénistes énumèrent les moyens de traitement que la vie hospitalière fournit et d'abord le travail. Toutes ces pratiques occupationnelles sont largement utilisées dans la première moitié du XIXème siècle, tant en France qu'à l'étranger.

A la fin du siècle, Cl. Neisser en Allemagne, Serbski en Russie, bientôt imités par beaucoup de psychiatres, fixent la doctrine de la clinothérapie : le malade mental, en étant couché comme les autres malades, trouve dans cette situation une dignité égale à la leur .

Mais vers 1914-1918, l'Allemand Hermann Simon applique une thérapeutique active à ses malades mentaux en les faisant travailler le plus possible. Il s'oppose ainsi aux clinothérapeutes. Par rapport à la simple diversion que le travail constituait pour les malades de Pinel, la thérapeutique active de Hermann Simon est déjà un progrès car elle veut être une éducation. Avec celui de Hermann Simon, il faut citer les noms de Carl Schneider, de Van der Scheer.

Mais c'est surtout "l'Occupational Therapy" des Américains qui, débutant après la première guerre mondiale, va déboucher sur les problèmes de " récréation" du malade mental en essayant d'y trouver des solutions dynamiques et efficaces. La "Recreational Therapy" est ainsi un dérivé et une partie de "l'Occupational Therapy".

A l'origine, la thérapeutique occupationnelle des malades mentaux américains se développa parallèlement à la rééducation des blessés de guerre. La "Récreational Therapy" est un ensemble de techniques de mieux en mieux spécialisées, qui convergent vers la cure du malade. Il faut citer les noms de Sidney Licht, Thomas Kirkbride, William Rush Denton, John Eisele Da is .

Parallèlement à l'influence des nouvelles techniques de thérapeutique occupationnelle, les découvertes de la psychanalyse de Freud contribuèrent à développer peu à peu l'intérêt pour certaines manifestations telles que le jeu. A Nguyen rappelle que l'un des premiers ouvrages de Freud fut : "Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient". De nombreux auteurs tels Ernst Kriss, Morris, Brady, Annie Reich, Martin Grotjahn, ont reconnu au rire une signification à la fois défensive et agressive.

Mais c'est surtout chez l'enfant que les études psychanalytiques du jeu ont été importante.

Anna Freud et Melanie Klein ont mis au point des techniques analytiques basées sur le jeu de l'enfant. Le jeu remplace l'entretien analytique. (37 - 47)

Mélanie Klein a publié son livre : " La psychanalyse de l'enfant" en 1932. Elle continue l'oeuvre de Freud mais insiste sur les phases pré-oedipiennes du développement de l'enfant.

Deux autres catégories de faits ont enfin contribué à développer l'étude du jeu en pathologie mentale. Ce sont d'une part, les techniques de psycho-drame et de psycho-thérapie de groupe et, d'autre part, les études sur l'art psycho-pathologique.

Dès 1921, MORENO (59) à Vienne avait expérimenté le résultat d'un certain jeu dramatique sur des malades. C'est lui qui en 1931 crée le terme de psycho-thérapie de groupe. Certes, le "jeu dramatique" de Moreno n'est pas un jeu spontané et gratuit du malade, mais sa dynamique comprend tout de même des éléments propres au jeu en général.

Avec le nom de Moreno, il faut citer ceux de Lebovici, Diatkine , Kestenberg, Anzieu. Tous les psycho-drames font partie de la psycho-thérapie de groupe qui cherche à agir électivement sur les facteurs de la vie relationnelle du malade.

Les techniques de Ludothérapie ou de "Jocothérapie" qui se sont dévelopées ces dernières années utilisent peut-être davantage les éléments fondamentaux du jeu en général comme moyen thérapeutique (1 - [illegible] - 52 - 54 - 76 - 77).

Enfin, les travaux récents sur la psycho-pathologie et la pathologie de l'expression ont posé le problème de l'existence de tendances ludiques à l'origine de ces manifestations. Nous y reviendrons. Il faut citer les noms de Prinzhorn, Morgenthaler, Ferdière, Volmat, Delay, F. Minkiwska, Bobon (15 - 35 - 60 - 64).

Ainsi, plusieurs mouvements de la psychiatrie moderne ont été amenés à étudier le problème du jeu en pathologie mentale. Cette étude a été souvent indirecte. Au cours de ces dernières années, cependant certains auteurs se sont intéressés plus particulièrement à ce problème. Nous avons déjà cité les noms de Paul Abely, Charles Melman. Il faut rappeler ceux de Le Maux, de Nguyen et de Steck. (53 - 61 - 74).

Ce sont ces mêmes auteurs qui se sont intéressés aux tendances ludiques des schizophrènes. Nous y reviendrons.

Les caractères généraux du jeu en pathologie mentale.

En pathologie mentale, le jeu peut être déformé à la fois dans ses caractères extérieurs, dans sa "manifestation", et dans les"fonctions" intellectuelles ou psychiques qu'il implique : ce que Paul Abely nomme les "instruments" du jeu. (1)

Il est certain que l'on observe dans l'ensemble de la pathologie mentale des déformations du jeu, des"attitudes de jeu" extrêmement grossières, caricaturales, étranges. Ce sont même ces images d'actes cocasses saugrenus, absurdes, qui viennent à l'esprit du profane quand il se trouve confronté avec la notion du "fou". Mais il s'agit "d'une inquiétante drôlerie" et le rire de dérision dont le "fou" est l'objet cache comme le dit Nguyen une angoisse et une peur secrètes.

Nous rappelons également "la corruption des jeux" dont parle Roger Caillois. Cette réalité à laquelle l'homme réputé sain est fier de son adaptation, c'est elle qui, pour Caillois, risque de fausser le "jeu" en forçant son domaine.

Nous avons vu comment la "corruption" des jeux de vertige aboutit à la drogue dont les rapports avec la maladie mentale sont si étroits. Nous avons vu que la "corruption" des jeux de simulacre aboutit aussi à l'aliénation quand l'homme oublie qu'"il joue un personnage" et qu'il perd ainsi sa véritable personnalité. Nous pensons qu'il s'agit là d'une définition très profonde de l'aliénation. Elle recouvre en tous les cas le vaste domaine des névroses.

Pour Paul Abely, le jeu de l'adolescent et de l'adulte normaux, le jeu-distraction, comprend certaines composantes et facultés psychiques obligatoires :

- un niveau intellectuel suffisant,
- le sentiment de liberté et de souplesse,
- la faculté d'adaptation,
- l'intégrité de la notion d'acte volontaire,
- l'alternance de blocage et de déblocage,
- propension plus ou moins consciente au symbolisme,
- l'imagination enfin mais surtout chez l'enfant.

Si l'une de ces composantes est altérée dit P. Abély l'activité de jeu sera partiellement perturbée ; si plusieurs composantes sont atteintes, l'activité de jeu sera beaucoup plus troublée.

Paul Abely rappelle cette phrase de Roger Caillois : "Le jeu n'est nullement un refuge pour déficients ou anormaux. Il ne les rebute pas moins que le travail. Ces enfants ou ces adolescents désemparés se révèlent incapables de se livrer avec quelque continuité ou application aussi bien à une activité de jeu qu'à un apprentissage réel".

Pour le domaine du jeu-dérision nous pensons utile de nous référer à la thèse de J. Le Maux (53) :
" Essai sur l'ironie et la raillerie, l'ironie morbide, l'ironie et la raillerie chez les aliénés" (1921)

Dans cette thèse, J. Le Maux limite le domaine de l'ironie "à toute variété de raillerie dans laquelle on dit le contraire de ce qu'on veut faire entendre. C'est là l'ironie vraie. Les faits qui ne correspondent pas à cette définition et qui sont cependant qualifiés d'ironiques, appartiennent pour la plupart à la raillerie.

L'ironie est consciente, volontaire et toujours agressive. Elle est caractérisée essentiellement par un mode d'expression inversé. Ell peut s'accompagner de diverses manifestations motrices : mimique, gestes, aucune de celles-ci n'est particulière à l'ironie. La faculté d'ironie, c'est-à-dire l'aptitude à faire de l'ironie suppose chez le sujet normal :

- un courant des idées actif et rapide,
- une certaine vivacité affective avec tendances légèrement hostiles,
- l'intégrité relative du jugement,
- un développement intellectuel normal ou voisin de la normale...

"La raillerie diffère surtout de l'ironie parce qu'elle ne comprend jamais d'expression inversée. Au point de vue psychologique elle ne nécessite pas un développement intellectuel aussi avancé ; elle est compatible avec un affaiblissement même avancé des facultés intellectuelles et psychiques". On voit par cette dernière phrase de Le Maux qui concerne des techniques ludiques de dérision et qui parait s'opposer à la phrase de Caillois :

"Le jeu n'est aullement un refuse pour déficients ou anormaux" qu'il est très important quand on étudie le jeu dans son ensemble de bien garder présente à l'esprit la distinction entre le jeu-distraction et le jeu-dérision.

Mais Le Maux définit aussi l'ironie et la raillerie morbides :

"L'ironie et la raillerie morbides sont dues au groupement de deux processus psychiques pathologiques ; la surexcitation idéo-affective et la perturbation du jugement. Un premier type est réalisé par l'ironie vraie et les formes supérieures de la raillerie, sa caractéristique principale est l'excitation idéo-affective. Un deuxième type est représenté par les formes inférieures de la raillerie, sa caractéristique principale est l'affaiblissement du jugement "Mais Le Maux rappelle que l'ironie et la raillerie normales, tout comme l'ironie et la raillerie morbides, peuvent être observées chez les aliénés".

Avant de rappeler brièvement les principales caractéristiques du jeu dans les grandes maladies psychiatriques, nous voulons étudier deux autres aspects sémiologiques des attitudes de jeu en pathologie mentale.

Ces deux syndromes sont le syndrome de jeu de Minkowski d'une part, le puérilisme de Dupré d'autre part. Ils ont une signification très générale et peuvent se rencontrer dans des affections psychiatriques très diverses. Le premier de ces syndromes au moins nous parait devoir s'appliquer parfaitement à certaines "attitudes de jeu" du schizophrène.

Le syndrome de jeu de Minkowski (58)

Dans son traité de Psychopathologie, Eugène Minkowski cite plusieurs auteurs qui ont observé chez leurs malades, "un syndrome de jeu". Il rappelle tout d'abord une communication d'Edouard Toulouse et Paul Sciff, publiée en 1925 dans le Bulletin de la Société de Médecine Mentale et intitulée : "Sur un syndrome de jeu et une conviction délirante".

Ces auteurs définissent le syndrome de jeu "comme un ensemble de réactions psycho-motrices délirantes qu'un malade manifeste avec une tendance d'amusement personnel sans intention de tromper l'entourage et sans conviction solide.... Ces malades mettent, au cours du même interrogatoire, en avant la réalité de leur délire, pour en admettre facilement quelques instants plus tard l'irréalité. Ils ne tiennent pas à leur délire ; ils s'en amusent ; ils jouent, ils savent qu'ils jouent mais souvent ne renoncent à leurs jeux que d'une manière transitoire".

On voit que ces auteurs ont désigné sous le nom de 'syndrome de jeu" une attitude très particulière : celle qui consiste, pour le malade, à paraître s'amuser de ses idées délirantes comme si lui-même n'y croyait pas au fond. Mais ils reconnaissent eux-mêmes que ce syndrome doit désigner des faits beaucoup plus variés. "Bien loin d'avoir une prétention nosologique, la notion de syndrome de jeu doit être considéo au contraire comme un processus psychiques très général, comme une des réactions élémentaires de la psychopathologie, réaction qui se rencontre dans les maladies mentales les plus diverses".

Ce que plusieurs auteurs retrouvent en commun dans les faits disparates groupés sous le nom de syndrome de jeu, "c'est l'existence simultanée d'une affirmation et d'une négation". On voit que de syndrome intéresse au premier chef la schizophrénie et nous pensons que nous aurions pu intituler notre thèse "le syndrome de jeu chez le schizophrène". Répètons que ce syndrome groupe donc deux séries de faits qui ont des rapports entre eux mais qui, à la base, sont différents : le jeu-récréation et le jeu-dérision. La phrase suivante de Minkowski le confirme : "Afin de pouvoir préciser la notion de syndrome de jeu, il eut été nécessaire de présenter une analyse plus détaillée non seulement de l'activité ludique dans ses diverses variétés chez les malades, mais encore de phénomènes tels que la plaisanterie, l'ironie, la moquerie et jusqu'à la taquinerie, phénomènes auxquels se réfèrent en psychopathologie les descriptions du syndrome de jeu. Cela nous mènerait trop loin".

Le puérilisme de DUPRE (29)

Ernest Dupré a décrit un syndrome de puérilisme qui, "semblant indiquer une sorte de regression de la mentalité vers l'enfance, est caractérisé par une modification singulière des sentiments, des goûts, des tendances, des appétits, du langage, des gestes etc.. modification telle que le sujet semble transformé pour un temps plus ou moins long en un petit enfant ".

Dupré distingue un puérilisme aigu et un puérilisme chronique.

Le puérilisme chronique s'observe surtout chez les déments séniles et principalement chez les démentes.

Dans ces cas, à côté, de l'altération des fonctions intellectuelles, de la décadence progressive et globale des facultés psychiques qui réalisent chez le vieillard un état d'infirmité sociale, assimilable à l'état de minorité physiologique de l'enfance, il existe, en plus, des symptômes psychopathologiques propres au syndrome "puérilisme" et qui se résument dans une régression de la personnalité psychique à son stade infantile.

Les malades affectent alors les manières, le ton et le langage des petits enfants, demandent des jouets, des poupées. Ce syndrome peut durer des mois.

Dupré, pour essayer d'expliquer ces faits, invoque la loi de l'involution sénile de la mémoire "disparition des souvenirs récents et des dernières acquisitions de la vie d'un côté et, de l'autre, réapparition des souvenirs anciens et résurrection, singulièrement vivace et tyrannique, devant la conscience appauvrie, de la vie enfantine, dans toute la spontanéité ingénue et primitive de ses manifestations.

Le puérilisme mental nous apparaitrait ainsi comme l'expression clinique du fonds primitif de la personnalité mis à jour par le bouleversement des couches supérieures de notre stratification psychique".

On voit que Dupré distingue nettement ce syndrome de l'infantilisme des dégénérés et du "retour à l'enfance" banal des déments séniles.

Le puérilisme aigu, par ailleurs, se voit au cours d'affections aigues qui entrainent un affaiblissement passager de la conscience : confusion mentale, onirisme par exemple.

Mais pour Dupré des épisodes de puérilisme peuvent se voir également chez les débiles, les déments, les hystériques et en cas d'excitation maniaque. Le malade joue alors un rôle: celui d'un petit enfant dont il limite les gestes, les jeux et la parole avec un "parler bébé", parfois même une glossolalie transitoire. Dupré rapproche cette langue imaginaire qu'il a observée dans un cas d'excitation mani que, des idiomes factices adoptés parfois, au milieu de leurs jeux par les enfants, lorsqu'ils s'amusent à imiter les étrangers à parler chinois ou à "faire le sauvage".

En définitif, Dupré attribue ce syndrome à un trouble de l'imagination et il écrit :
" La situation mythique est réalisée par l'imagination reproductrice, à l'aide des souvenirs d'enfance enrichisés des improvisations spontanées par lesquelles l'esprit complète la systématisation délirante. Le puérilisme apparait donc comme un syndrome d'ordre imaginatif qui peut apparaître chez les mythomanes constitutionnels, quand les troubles de l'équilibre psychique obscurcissent le sens des réalités, compromettent les éléments réducteurs de l'imagination et exaltent, au contraire, l'activité subjective automatique de l'esprit".

Dupré souligne que ce syndrome peut donc s'observer chez les malades les plus divers et que les seules conditions d'apparition sont les tendances mythopathiques constitutionnelles du terrain d'une part et, d'autre part, la faiblesse ou l'affaiblissement temporaire ou définitif "des éléments de contrôle et de correction" de l'automatisme imaginatif".

Le jeu dans les névroses

Le jeu dans toutes ses variétés se rencontre fréquemment dans les névroses. Pour Paul Abely, "il va souvent démontrer sa valeur symbolique ainsi que son stade de blocage dans l'évolution vers la "maturuté". Tous les instruments du jeu persistent mais sont plus ou moins déformés, pervertis. Le jeu constitue parfois une tentative de revalorisation. Il s'agit alos de jeux de "compensation". On a vu que Paul Abely pense que ce qu'il a défini comme le "ludisme" est fréquent chez les névropathes mineurs.

Pour Anh Nguyen, les névroses sont le domaine par excellence du jeu-dérision. Pour lui, en effet, "le jeu en commun manifeste l'assimilation au groupe". Or, ajoute t'il, "le névrosé joue le jeu de la dérision solitaire". Il rappelle comment Adler qualifie le névrosé "le compagnon qui ne joue pas avec les autres". Ces faits sont surtout nets dans les névroses d'échec, névroses d'inhibition, névroses d'infériorité. " Il se sent toujours déclassé par rapport à son entourage, en plus ou en moins". Mais Nguyen ajoute: "C'est évidemment dans le cadre des névroses de caractère, en tant que défence non spécifique, que la dérision s'observe le plus fréquemment".

Le jeu dans les psychoses

L'impression générale pour Paul Abely est que les véritables aliénés ne savent plus jouer". Ils leur manque la majorité des ustensiles de jeu". Il fait remarquer ainsi "l'immobilité" qui vrégne dans les services de psychotiques, s'opposant à la discrète animation qui règne dans les "services ouverts", services où sont surtout hospitalisés des névrosés et où "le social va à pas feutrés".

Pourtant il est une psychose, la manie, où le jeu parait occuper une place de premier ordre. Dans cette affection l'inhibition est entièrement levée, la plus grande

liberté se déchaine. Pour Abély, la description de la turbulence de l'enfant par Caillois correspond assez bien à celle du maniaque ; le maniaque correspond en partie à cette étape "temporairement régressive" de l'enfant. Abély ajoute que l'on note aussi chez le maniaque "la parade" et un "ludisme" de "mauvais aloi" caractérisé par les jeux de mots ou l'ironie agressive.

J. Le Maux note que cette ironie présente trois caractères principaux : brièveté, variabilité et causticité. Chez les maniaques chroniques, elle est parfois stéréotypée.

En définitive, le maniaque, selon Abély, "montre la conbinaison illogique et la mascarade de toutes les catégories de jeu".

Paul Abély désigne sous le nom de "para-ludisme" certains aspects du jeu chez les délirants. Il utilise l'expression "jouer avec lui-même" en parlant du délirant. Dans cette optique, les paranoiaques, dit P. Abély, sont assez souvent des "joueurs". Ils se font fréquemment un masque de dignité outragée, de supériorité incomprise". En fait, nous pensons qu'il est également possible de faire entrer certains délires dans la définition que Caillois donne de l'aliénation et que nous avons déjà vue : "La perte de son identité profonde représente le châtiment de celui qui ne sait pas arrêter au jeu le goût qu'il a d'emprunter une personnalité étrangère. C'est à proprement parler l'aliénation. "Certes, cette conception est fausse pour de nombreux délires qui sont étroitement liés à la personnalité du malade, donc à ce que Caillois appelle "l'identité profonde". Dans ces cas l'aliénation est au contraire en rapport direct par conséquent avec cette "identité profonde" : elle n'est pas le résultat de la perte de celle-ci.

Pourtant, même dans ces cas, où l'aliénation est pour ainsi dire le prolongement de la personnalité et dont le type c'est le délire paranoiaque systématisé, cette aliénation peut être aussi considérée comme l'exagération pathologique, anormale des traits de cette personnalité. Il s'agit donc, si l'on considère que "l'identité prodonde" du sujet est sa personnalité normale avec les traits qui lui sont attachés, également d'une perte de cette "identité" Par ailleurs nous avons vu, en étudiant la dérision, que la vie impose un masque à l'homme, qu'elle est une "Comedia dell'arte". On voit donc que l'on peut élargir la conception de Roger Caillois : nous sommes tous "en représentation" dans la vie, nous avons tous un rôle à tenir, nous aimons que les autres se fassent de nous une certaine "image". Si nous prenons ce "rôle" trop au sérieux, si nous ne savons plus quitter cet "habit" que la vie nous impose, si nous ne savons pas nous "retrouver" tels que nous sommes vraiment, ne risquons nous pas alors une sorte "d'aliénation" ? N'est-ce pas au fond la raison pour laquelle nous cherchons tellement à nous "retrouver" dans de vraies distractions ? Si le problème des loisirs prend de plus en plus d'importance, c'est parce que nous sentons le besoin de quitter parfois la "scène" de la vie réelle, cette "parade", cette comédie,

Conclusions de l'étude générale du jeu en phathologie mentale :

L'histoire de la psychiatrie nous a montré que l'étude du jeu prend progressivement de l'importande. Les psychiatres modernes considèrant la richesse et la complexité du jeu humain normal, les nombreuses facultés psychiques et intellectuelles qu'il nécessite et met en oeuvre, les avantages qu'il possède (distraction, renforcement de la personnalité, intégration au groupe, expression de sentiments

sous une forme symbolique) étudient de plus en plus le jeu sous toutes ses formes chez leurs malades en essayant d'en tirer autant que possible des conséquences thérapeutiques.

Au point de vue séméiologique, il convient de distinguer les manifestations ludiques qui entrent dans le domaine de ce que nous avons appelé le jeu-dérision et celles qui correspondent à un besoin primaire de jeu et de distraction vraie et qui constituent le domaine du jeu-distraction.

Si ces deux sortes de manifestations ludiques sont parfois futiles à distinguer et s'il est toujours utile d'essayer de le faire, elles sont parfois étroitement mêlées et difficiles à séparer. Ce dernier fait explique que certains auteurs, dans un but de synthèse, aient parlé de "syndrome" de jeu, syndrome groupant des aspects ludiques très divers, s'observant dans de nombreuses affections mentales et comportant souvent l'expression d'une affirmation et d'une négation simultanées.

Dupré a également décrit un syndrome de jeu particulier, le puérilisme, dans lequel le malade joue le rôle d'un petit enfant. Ce syndrome s'observe surtout lorsque les systèmes de contrôle des mécanismes imaginatifs sont altérés.

Les névroses sont le domaine par excellence du jeu-dérision. Le jeu-distraction s'observe cependant également chez eux. En effet, les principaux instruments du jeu (niveau intellectuel suffisant, sentiment de liberté et de souplesse, faculté d'adaptation, intégrité de la notion d'acte volontaire, alternance de blocage et de déblocage, propension plus ou moins consciente au symbolisme, imagination) sont, d'après Paul Abely, présents mais déformés et altérés. Les jeux du névrosé sont volontiers solitaires.

Dans les psychoses, le jeu-distraction est très rare car les principaux "instruments" du jeu sont soit absents soit très altérés. Le jeu-dérision s'observe plus fréquemment. Le syndrome maniaque se caractérise parune libération des tendances ludiques qui aboutit à des manifestations de jeu de tous les types, anormales, par leur excès.

La conception originale de Roger Caillois d'une aliénation comme conséquence d'une corruption du jeu et de ses mécanismes par la réalité, Grand Jeu de Parade, permet d'englober de nombreuses formes cliniques de cette aliénation.

Nous voulons maintenant, à titre documentaire, présenter une observation destinée à illustrer un aspect très particulier d'activité ludique en pathologie mentale.

OBSERVATION DE B.... ANDRE

André B... est hospitalisé en Juillet 1966, à l'âge de 39 ans, dans le service de Psychiatrie du Centre Hospitalier de Tours. C'est sa huitième hospitalisation dans ce service depuis 1960, date de son premier internement. Ces hospitalisations ont été motivées par des états dépressifs "sur fond de débilité mentale et personnalité névrotique" ainsi que le soulignent les différents certificats.

Plus rarement, l'hospitalisation a été motivée par des épisodes d'excitation de type maniaque.

Il s'agit d'un homme très robuste, légèrement obèse, de taille moyenne. C'est un cantonnier dont l'éducation a été assez fruste. Il n'a pas eu son certificat d'études. Il est marié, père de deux enfants, possède une petite maison achetée en viager à sa belle-mère dont la présence au foyer est cause d'une certaine tension dans le milieu familial.

Sa dernière hospitalisation révèle une modification importante dans la symptomatologie de sa maladie. Il exprime en effet, à ce moment là, un véritable délire paranoïde à thème de persécution.

Dans son enfance et sa jeunesse, il s'était livré, poussé par un prêtre et un membre de sa famille, à des pratiques sexuelles réprouvées par la morale (attouchements sexuels avec un prêtre, homosexualité, rapports sexuels avec des animaux). Lors de son dernier internement, il considère sa maladie actuelle, sa "folie" comme il l'appelle lui-même, comme une punition infligée par le Destin. Cette punition a pour instruments, la police, les gendarmes, le Juge, qui ont un mystérieux rapport" de ses actes présents et surtout passés. Son internement, sa maladie, le médecin qui le soigne, tout est inclus dans cette punition qui lui est infligée.

Trois faits sont intéressants dans son observation. D'abord la modification de la symptomatologie elle-même. Il s'agit bien en effet de l'apparition d'un véritable délire paranoïde et non pas de vagues idées d'indignité au cours d'une épisode mélancolique. Ce délire s'accompagne même de certaines sensations d'influence corporelle. André ressent des douleurs mystérieuses dans les bras et le tronc et il semble bien les attribuer à ses persécuteurs.

D'autre part, la part du mécanisme auto-punitif dans ce délire réclamerait à elle seule une longue étude. Enfin, et c'est ce que nous voulons étudier maintenant, André B... présente au cours de sa dernière hospitalisation une activité ludique remarquable.

- Le jeu André B....

Cette "attitude" de jeu d'André se manifeste uniquement au cours de sa dernière hospitalisation. On remarque en effet un jour qu'André fait des "réussites", mais ces réussites ont des caractères bien particuliers qui attirent l'attention, André accepte volontiers d'en faire une devant le Médecin-Chef quand celui-ci le lui demande, mais habituellement il fait plutot ses réussites seul dans un coin. Assis devant sa table, il a un air très sérieux, un peu solennel. Il tient le paquet de carte dans ses grosses mains et commence à les étaler devant lui. Son geste est mesuré, assez lent. Chaque carte tirée du paquet se voit attribuer une signification. Tantôt c'est une signification abstraite la Justice, le Destin, la Vie, la Mort, l'Administration. Tantôt la carte représente un personnage : le médecin. "Voilà pour vous" dit-il en désignant le dix de coeur. Le Juge, sa Femme, se trouvent également représentés. En général, il attribue très vite une signification à la carte qu'il tire du paquet. Très souvent, c'est spontanément et immédiatement qu'il désigne le sens ou la personne que représente la carte.

André étale ses cartes en carré devant lui. Quelquefois il hésite un peu sur la place à leur attribuer. D'autres cartes, par contre, sont rangées nettement à part, surtout la Mort, le Destin, le Juge. La Mort est franchement mise à part. En désignant cette carte, André prend un ton de circonstance et c'est avec beaucoup de respect qu'il la met de côté. On lui demande alors pourquoi il a choisi cette carte pour désigner la Mort. Il ne répond pas directement mais dit, solennel : " c'est la fin de tout, la fin de la maladie, un jour on ne sait pas quand".

Cette réussite n'a pas de règles précises. A chaque fois, il attribue des sens différents aux mêmes cartes, mais les mêmes personnages et les mêmes abstractions se retrouvent toujours sous une carte différente. Cette réussite en général, n'aboutit pas à une conclusion précise et déterminée. Il explique aussi au Médecin-Chef qu'il ne peut faire ses réussites s'il n'est pas dans un certain état d'esprit. Lui-même s'exprime ainsi sur ses réussites :
" Je me fais des petites réussites personnelles. Je me suis appris tout seul par la routine. C'est n'importe quoi, ce qui me passe par la tête. Mais c'est bon. Ca dépend de ce que je pense. Il y a des consignes. Si j'entends quelque chose qui m'intéresse, je fais tout de suite ma petite réussite. C'est si j'entends à la radio ou dans ma tête. Je ne fais pas attention aux noms mais à ce qu'ils disent, alors je fais une petite coupe et je vois dans mes cartes de jolies choses. Je ne peux pas vous dire quoi mais ça communique avec la vie. Ca me fait un petit réconfort si la personne de la radio s'unit à la carte que je tire. Pour moi, chaque carte a une valeur bien précise. Je fais une valeur à elle-même sans m'attirer aucune inquiètude. Ce qui compte c'est ce que vous dites. Tout. Tout ça se suit".

On voit que l'atmosphère plus ou moins agréable dans laquelle se déroule la réussite dépend en particulier de l'inspiration que lui fournit la T.S.F. Si André entend à la radio un air qui lui plait ou des paroles qui le touchent agréablement, il s'établit pour ainsi dire une communion entre lui, l'atmosphère créée et le speaker de la radio. Bien plus, il affirme, nous l'avons vu :
"Ca me fait un petit réconfort si la personne de la radio s'unit à la carte que je tire".

Ainsi André B... fait ses réussites avec toujours une certaine gravité dans son allure et ses gestes, mais son "état d'âme" à ce moment là est variable. Il est influencé plus ou moins favorablement au départ par "l'atmosphère" que la T.S. . induit pour lui.

Voici un petit compte-rendu d'une de ces réussites. André tire les cartes les unes après les autres et commente ainsi :

" - Dix de coeur : c'est peut-être ma carte de chance,
- Le valet de coeur : c'est mon fils,
- Le dix de trèfle : mon administration,
- Le dix de coeur : Voilà pour vous (il désigne le Médecin-chef)
- Le roi de trèfle : les messieurs (les internes et les infirmiers)
- Le valet de pique : c'est à moi ça,
- Le trèfle est à vous, il est très dur,
- Le dix de trèfle; vous êtes heureux.

et André continue à étaler ses cartes avec gravité. Voici quelques autre de ses commentaires :

- un jugement,
- un goût,
- une loi,
- une jolie demoiselle, Dame de coeur,

- un Monsieur qui fait le mieux il est à vous,
- Roi de coeur : il est Grand Maître,
- l'épine est dure mais ça va s'en aller,
- sept de pique : c'est la mort,
- sept de trèfle : pour le Monsieur qui écrit,
- c'est ma tête qui va mal,
- cinq de pique : j'ai toujours eu le goût, c'est un dessin qui m'est venu par une petite guérison,
- Roi de pique : ça sera-t-il long ? la Route,
- j'aurai bien voulu rentrer pour Noël, mais ça sera t-il définitif ?

Nous avons reproduit volontairement les fautes de français et la pauvreté de certains commentaires d'André. Comment interpréter ce jeu ? Certes, il y a certains éléments qui permettent de le qualifier de distraction : ses réussites lui fournissent l'occasion de passer le temps, ce temps qui lui parait si long. Mais ce n'est pas là l'essentiel de ce jeu : il nous semble que le caractère fondamental de cette activité ludique est d'être <u>incluse dans le délire</u> du malade. Les personnages que représentent ses cartes sont les mêmes que ceux de son délire : le Destin, le Juge, la Loi, l'Administration. Le ton même par lequel il désigne ses cartes, ce ton un peu solennel et mystérieux, rappelle le ton avec lequel il exprime certains thèmes de son délire.

De même, cette communion qui s'établit entre lui et la radio, l'union qu'il ressent quelquefois entra la carte qu"il tire et la personne qui parle à la T.S.F., tout cela fait partie du même système délirant paranoïde. Un dernier argument, enfin, en faveur de cette conception est la disparition de cette activité ludique avec l'amélioration de l'état psychique d'André. A partir de ce moment il n'est plus possible d'obtenir de lui qu'il fasse une réussite.

Quand on le lui demande, il répond alors : "C'est fini ca, c'était ma maladie, ma folie". Par contre, l'amélioration de son état psychique coïncide avec sa participation à des jeux de cartes collectifs, belote en particulier, ce qu'il ne faisait jamais en pleine poussée délirante. La guérison s'est donc manifestée chez lui par le fait qu'il se livre à des jeux collectifs dont la valeur de distraction et la valeur sociale sont plus authentiques.

Pourtant, nous pensons que ce sont bien ces "réussites" d'André qui sont les plus intéressantes à étudier au point de vue psycho-pathologique. Nous pensons aussi que ce jeu inclus dans le délire de ce malade a eu une fonction d'expression essentielle. Nous avons souligné qu'il s'agissait d'un homme assez fruste un peu débile et nous avons rapporté les nombreuses fautes de français qu'il commet en parlant. La pauvreté habituelle de son expression ne lui permettait purement pas de communiquer de façon claire et complète tous les éléments de son délire, les nuances de ses sentiments et de ses impressions. Il lui fallait un mode d'expression plus riche que son simple vocabulaire de cantonnier, il fallait un support à la fois plus concret plus imagé, plus pittoresque, pour les mots dont il disposait, ces mots qui ne suffisaient pas à eux seuls. Il a donc utilisé les réussites : pour interroger le Destin mais aussi, inconsciemment, pour s'exprimer. Le jeu de cartes lui offrait des images toutes trouvées pour ses personnages. L'atmosphère de surnaturel qui entoure toujours plus ou moins les "réussites" convenait parfaitement au ton d'un délire paranoïde comme le sien. Il faut d'ailleurs noter qu'André avait déjà, avant son dernier épisode, consulté assez souvent des cartomanciennes. Il aimait celà.

Rappelons encore que la "superstition" est considérée par Roger Caillois comme la "corruption" des jeux de hasard ou "alea" : le sujet cherche à appliquer à sa propre vie réelle les décisions du hasard, destin ou divinité au lieu de laisser celle-ci dans le domaine du jeu libre et indépendant de la vie réelle. Cette conception de Caillois de la "corruption" du jeu par irruption de la réalité dans le domaine de celui-ci s'appliquait donc à André avant même la dernière poussée de sa maladie.

L'inclusion du "jeu" (que constituent les réussites) dans son délire pourrait être aussi, à la rigueur, considérée comme une sorte de "corruption" du jeu, mais cette fois par la "réalité intérieure" qu'est le délire.

Cependant dans le cas d'André, le mot de "corruption" du jeu nous parait beaucoup trop péjoratif. Car en fait, si ce jeu a bien "servi" le délire en lui permettant en particulier de s'exprimer, nous pensons qu'il a peut-être, par là même, eu un effet bénéfique.

En effet, on retrouve dans ce jeu d'André des fonctions qui rappellent celles qui caractérisent le jeu de l'enfant. Il s'agit surtout de la valeur "symbolique" du jeu. Les cartes étaient les symboles des personnages du délire d'André : un jour qu'il nous désignait ainsi par une carte tiré du paquet, nous lui avons demandé qui il croyait que nous étions, il nous a répondu : " Vous êtes peut-être de l'Administration pour me surveiller". L'Administration était en fait un élément persécuteur important dans son délire. Ce jeu de cartes permettait donc à André d'exprimer sous une forme symbolique ses affects, ses conflits, ses angoisses. C'est là, nous l'avons vu, une des fonctions fondamentales du jeu de l'enfant.

Mais par ce moyen même, André ne parvenait-il pas aussi dans une certaine mesure, à contrôler ces conflits, cette angoisse, à les maitriser ? En intègrant dans ce jeu de réussites les personnages de son délire, médecins, infirmiers compris, ne parvenait-il pas ainsi à les "exorciser" en quelque sorte, eux et les dangers qu'ils représentaient pour lui ?

On peut se demander ainsi si cette activité ludique d'André n'a pas réalisé en définitive une autre fonction importante du jeu, celle d'une véritable "catharsis" avec toute la valeur thérapeutique que cela comporte ?

Résumé de l'observation d'André B....

André B.... âgé de quarante ans a été hospitalisé à de nombreuses reprises pour des épisodes dépressifs. Lors de sa dernière hospitalisation, il présenta une modification de sa symptomatologie, exprimant un délire paranoïde avec thème de persécution dont le caractère autopunitif était intéressant à relever.

Mais surtout André se livra pendant cette période à une activité ludique particulière. Il faisait des réussites solitaires avec un jeu de cartes. Ce jeu paraissait être inclus dans le délire du malade dont les cartes symbolisaient tous les personnages. Ce jeu avait ainsi une valeur d'expression très importante. Il a peut-être eu aussi une certaine valeur thérapeutique en agissant comme une catharsis.

IIéme P A R T I E

ETUDE DU JEU CHEZ LE SCHIZOPHRENE

-:-:-:-

ETUDE DU JEU CHEZ LES SCHIZOPHRENES

Historique

Comme nous l'avons vu au chapitre historique de l'étude du jeu en pathologie mentale, l'étude du jeu chez les schizophrènes a bénéficié de l'intérêt direct ou indirect qu'ont suscité pour le jeu des malades mentaux en général les grandes étapes de la psychiatrie moderne.

Cependant, si beaucoup d'auteurs se sont intéressés aux attitudes ironiques et ludiques des schizophrènes, les études sont assez fragmentaires. Nous n'avons pas retrouvé de grande étude d'ensemble sur ce problème.

Les auteurs classiques, Kraepelin, Bleuler, Kahlbaum, Mayer-Gros l'ont étudié en insistant sur le maniérisme et le théatralisme. Mayer-Gros s'est penché plus particulièrement sur l'état d'esprit ironique et ludique du schizophrène de même que H. Steck. Ils y voient tous les deux une attitude de compensation.

J.L. Maux dans sa thèse sur l'ironie et la raillerie chez les malades mentaux, fait une analyse séméiologique très fine et très précise de ces symptomes chez les schizophrènes mais il n'aborde pas le problème de la signification psycho-pathologique de cette tendance à la moquerie.

Paul Abély et Anh Nguyen insistent sur les caractères de pauvreté et les caractères négatifs de ces attitudes ludiques mais ils ne font pas de distinction entre les manifestations du jeu-distraction et celles du jeu-dérision.

J. Bobon a étudié les tendances ludiques qui seraient à la base de certains troubles de l'expression et du langage chez le schizophrène : pour lui, l'angoisse se cache derrière ces manifestations bizarres de jeu.

Prinzhorn et les autres auteurs qui ont étudié les peintures et les dessins des schizophrènes y ont retrouvé aussi des tendances ludiques.

Mais ce sont sans doute les études de la psychanalyse, les tentatives de psychothérapie des schizophrènes (Federn, Rosen, Sechehaye, Fromm-Reichmann, Moreno, Lebovivi et Diatkine) les études de l'analyse phénomènologique et existentielle (Minkowski, Binswanger) qui ont contribué le plus à faire comprendre les motivations profondes des manifestations extérieures de la schizophrénie et par conséquent de ses manifestations ludiques (30-48-66).

La Schizophrénie

Le jeu, les attitudes de jeu constituent un aspect séméiologique très particulier de la maladie. Avant de commencer leur étude, nous voulons rappeler brièvement les principaux signes et les principales formes cliniques de l'affection. Nous ne pouvons pas et nous ne voulons pas, dans cette thèse, reprendre en détail les innombrables problèmes qu'elle pose dans beaucoup de domaines. En abordant celui du jeu et en discutant nos observations, nous reverrons, de façon plus précise, un certain nombre de ces problèmes.

Nous voulons simplement, dans cette introduction, énumérer les éléments de base de la schizophrénie en nous appuyant sur les conceptions des auteurs français et surtout celles d'Henri Ey. (32-33)

En 1860, Morel avait signalé un groupe de malades mentaux en apparence déments et qui semblaient "frappés de stupidité" dès leur jeune âge. Les Allemands Kahlbaum (1863) et Hecker (1871) décrivent cette forme particulière sous le nom d'hébéphrénie. Peu de temps après Kalbaum décrit le syndrome psycho-moteur particulier que constitue la catatonie. En 1899, Kraepelin rassemble et complète les travaux de ces prédécesseurs. Il décrit une entité nouvelle qu'il nomme "Démence Précoce" en insistant sur un trait commun des différentes formes : l'affaiblissement démentiel chez des sujets jeunes.

En 1911, Eugène Bleuler, dans son livre sur "La Démence Précoce" (10) ou groupe des schizophrénies "apporte une révision du concept de Kraepalin. Il s'agit d'abord d'une révision du cadre nosographique qui est élargi pour inclure non pas une entité mais un groupe de tableaux divers constituant les schizophrénies. Mais Bleuler apporte aussi une conception structurale nouvelle et claire de ces "schizophrénies" qui comportent, pour lui, d'une part une structure déficitaire négative, la dissociation (Spaltung) de la vie psychique, qui a fait prendre ces malades pour des déments, et, d'autre part, une seconde structure, positive celle-là, qui est essentiellement le délire autistique.

Après Bleuler, on assiste à un "émiettement" du concept de schizpphrénie dont les limites deviennent de plus en plus imprécises surtout pour l'école psychiâtrique anglo-saxonne. Ch. Brisset, dans un article récent de la "Revue du Praticien" (17) exprime bien l'une des nombreuses raisons de cet "émiettement" qui est l'évolution des recherches cliniques : "elles sont animées, depuis 1945; par deux courants parallèles qui sont la clinique phénomènologique et la clinique psychanalytique. La première est illustrée par les noms de Minkowski, de Binswanger, de Wyrsch.

La seconde est richement représentée dans l'étude des psychoses dans tous les pays depuis la guerre. Ces deux courants ont en commun le souci d'une analyse minutieuse de "cas", qui parvient à nous en faire saisir la singularité en pénétrant dans l'univers personnel du schizophrène. Il résulte de ces études "microscopiques" que le malade se rapproche de nous, que son univers nous devient compréhensible et que, somme toute, il se "névrotise. On aboutit à l'idée, forte et utile, que l'on est le "schizophrène" de quelqu'un, que la schizophrénie est "relative". Cette notion est actuellement théorisée par certains psychanalistes, dans le sens qu'avait indiqué Freud, lorsqu'il parlait des psychoses comme de "névroses narcissiques". On comprend, dès lors, et l'abandon par beaucoup de cliniciens formés à la psychanalyse, de presque toute référence nosographique, et l'intérêt porté par ces cliniciens aux "border-line" cases" qui sont évidemment les meilleurs cas de psychothérapie".

C'est le mérite de la majorité des psychiâtres français, avec Henri Ey, d'être restés fidèles, comme le dit Ch. Brisset, "à une conception de la schizophrénie qui lui laisse un sens, à la fois de structure et d'évolution". Cette conception a été définie avec tellement de clarté par Henri Ey que nous nous sentons obligés comme Ch. Brisset, de rappeler ses propositions au congrès de Zurich sur la schizophrénie (17).

"La schizophrénie doit être définie comme une psychose délirante chronique (différente du "genre" psychoses délirantes et hallucinatoires aigues, et du "genre" des névroses) qui détruit progressivement le système de la réalité, les relations de la personne et de son monde (délire différent des autres espèces de délires chroniques des délires systématisés et des délires fantastiques).

"La schizophrénie est donc une espèce de délire chronique, c'est-à-dire que le genre auquel elle appartient est le délire chronique en tant que forme d'existence qui altère le système permanent de la réalité des valeurs de la coexistence."

"Les psychoses délirantes aigues et les névroses n'appartiennt pas à ce genre, de telle sorte que même si le diagnostic différentiel est parfois difficile, il s'impose comme une nécessité pratique de grande importance. Par contre, les différences qui séparent la schizophrénie de la paranoïa et des paraphrénies ne sont que des différences d'espèces à l'intérieur d'un même genre et leur portée pratique est beaucoup plus faible."

"Une fois éliminé ce qui appartient à d'autres genres et à d'autres espèces, nous nous trouvons face à la vérischizophrénie. Et celle-ci mieux limitée nous apparait pour ce qu'elle est : un processus de transformation délirante de la personne et de son monde, un bouleversement progressif qui est tout à la fois impuissance à construire la réalité ou à maintenir les relations de la coexistance et besoin de détruire le monde des autres pour s'ensevelir dans un monde autistique qui se referme progressivement sur lui-même."

" Les sous groupes, les variétés de ce processus ne sont que des degrés, des étapes ou des itinéraires différents de cette régression dans l'autisme, c'est-à-dire, au sens fort du mot, dans le délire où la personne tend à s'aliéner complètement".

Si la conception nosographique d'Henri Ey s'écarte de celle de Bleuler, la conception structurale de la maladie reste la même dans son ensemble.

Après un début qui peut être très polymorphe et réaliser des aspects très trompeurs, l'évolution, progressive ou entrecoupée de poussées aigues, se fait vers l'un des grands tableaux de la période d'état.

La forme moyenne dite paranoïde est généralement prise pour type de description.

Elle comprend donc, selon la conception de Bleuler, un syndrome déficitaire négatif qui est le syndrome de dissociation. Il entraine une désagrégation de la vie psychique et est responsable des troubles du cours de la pensée et du champ de la conscience. Il s'accompagne également d'importantes altérations du langage, des autres modes d'expression, et du système logique de la pensée qui devient "ré-réelle" et "archaique". Il est à la base aussi du bouleversement de la vie affective, avec derrière une apparence d'indifférence, de froideur, d'athymhormie, un déchainement des pulsions de la vie instinctivo-affective en même temps qu'un repli narcissique du malade. Ce syndrome déficitaire est enfin à l'origine de la catatonie sur laquelle nous reviendrons.

A côté de cet aspect négatif, la maladie comporte une seconde structure, positive. C'est le délire, construit à partir des pulsions de la vie instinctivo-affective et auquel l'école de Bleuler donna le nom d'autisme. Cette notion d'autisme a pris un grand développement et, pour beaucoup d'auteurs, il constitue le noyau central de la schizophrénie.

Ce délire repose sur un fond d'expériences délirantes qui ressemblent à celles des intoxications expérimentales ou des psychoses aigues. Ce sont des expériences d'étrangeté très proches de ce que Moreau de TOURS, avait appelé "l'état délirant primordial" et que les Allemands nomment "Wahnstimmung". Cette"expérience délirante primaire" est le plus souvent angoissante, rarement exaltante.

Le malade perçoit des modifications du monde extérieur, des personnes qui l'entourent. Il est sujet à des illusions et à des hallucinations. Il est en proie également à des expériences de dépersonnalisation, d'influence, d'agression sur son corps et sa pensée. Parfois existe un syndrome d'automatisme mental.

Sur ce vécu délirant primordial, s'élabore un véritable monde autistique. Il s'agit d'un monde impénétrable, intérieur, c'est le monde propre du schizophrène (Eigenwelt de Wyrsch). C'est un monde incohérent, chaotique, peuplé de croyances et d'idées fantastiques et en proie aux pulsions de la vie instinctivo-affective.

L'ensemble de la dissociation et de l'autisme rendent compte, finalement de la fameuse "perte du contact vital avec la réalité" de Minkowski.

Ces deux structures, négative et positive, de la maladie sont complémentaires et inséparables. En clinique, elles n'apparaissent pas, chez le malade, toujours aussi schématiquement. De plus, elles sont reliées par un certain nombre de symptômes dont l'ensemble constitue la discordance, discordance qui se retrouve tout au long de l'évolution et dans toutes les formes cliniques. Les symptômes qui la constituent sont :

- l'ambivalence : elle est due à la présence simultanée ou successive dans l'esprit du malade de deux sentiments, deux expressions ou deux intentions contradictoires,

- la bizarrerie : elle traduit le trouble et la dislocation de la vie psychique ; elle se manifeste par des gestes et des actes étranges, baroques ou cocasses.

- l'impénétrabilité et le détachement constituent les deux autres éléments de la discordance.

A côté de cette forme moyenne paranoïde, prise pour type de description, on décrit plusieurs formes cliniques principales :

- l'hébéphrénie : c'est la "démence précoce des jeunes gens" de Morel. Elle se caractérise par l'importance du syndrome négatif, de la discordance et la rapidité de l'évolution. L'un des aspects possibles de cette hébéphrénie, signalé par H. Ey, est un comportement puéril et capricieux avec insouciance à l'égard de tout le contexte et les valeurs de la société.

- l'hébéphréno-catatonie : c'est la forme décrite par Kahlbaum en 1874. Dans cette forme, les troubles psycho-moteurs constituant la catatonie sont au premier plan.

- la schizophrénie simple : elle est caractérisée par une évolution très lente progressive sur un fond de schizoïdie et avec des symptômes moins marqués que dans les formes précédentes.

- les schizonévroses : elles sont constituées, pour H. Ey, par les schizoses de Claude (1925) et les pseudo-névroses schizophréniques de Hoch. Elles sont dans l'ensemble, caractérisées par des poussées psychotiques survenant sur un fond de névrose grave. On voit surgir ainsi le problème des "formes frontières" de la schizophrénie, formes limites dont le diagnostic avec les névroses est bien difficile. L'un des malades dont nous rapportons l'observations, nous a posé ce problème.

- la schizophrénie infantile : nous aurons à revenir sur ce problème à propos d'une observation. Il s'agit de formes qui surviennent nettement avant la puberté. Elles sont intéressantes par leur séméiologie particulière, due au mode d'expression propre de l'enfant, plus gestuel, et aussi par la

confrontation qu'elles permettent entre les données de l'observation clinique et les hypothèses sur le premier développement du psychisme.

En résumé, la schizophrénie associe une structure négative causée par la dissociation de la vie psychique et libérant les pulsions instinctivo-affectives inconscientes et une structure positive constituée par le délire autistique. La discordance désigne l'ambivalence, la bizarrerie, l'impénétrabilité et le détachement qui se retrouvent dans toutes les formes clinique de la maladie. L'aboutissement de celle-ci est le repli du malade sur lui-même, " la perte du contact vital avec la réalité", la regression et la désagrégation de plus en plus profondes de la vie psychique et de la personnalité.

Les attitudes de jeu du schizophrène et la séméiologie classique.

Certaines attitudes des schizophrènes qui peuvent être incluses, à première vue, dans une définition très générale des attitudes de jeu, ont déjà été rapportées par toutes les descriptions classiques et constituent une partie des symptomes bien connus de la maladie.

Dans l'ensemble, ces conduites ou ces attitudes sont rangées dans le cadre de la discordance et dans celui du comportement catatonique.

La catatonie, trouble psycho-moteur, imprime au malade et à ses actes un aspect global de bizarrerie, d'étrangeté, de maniérisme, voire même une allure caricaturale et grotesque.

Ce fait est dû en grande partie aux anomalies des gestes et des nouvements qui subissent des surcharges, des déviations, des exagérations et qui perdent ainsi leur harmonie et leur bonne adaptation. Ces troubles de l'action sont l'équivalent moteur de la discordance psychique des shizophrènes.

Dans cette conception, il apparait que des attitudes ou des actes des malades peuvent donner l'impression d'une sorte de jeu tant ils sont saugrenus, inattendus, cocasses ou basurdes. Henri Ey a relevé plusieurs acaractères généraux de ces actes cocasses. Ils sont absurdes, inadaptés et sans but raisonnable ; ils sont provocants, ont un caractère de défi et d'agressivité ; leur survenue capricieuse est peut-être en rapport avec un désir de jeu, ils sont symboliques et traduisent le plus souvent un désir de satisfactions sexuelles inconscient.

De la même façon , les stéréotypies, par leur étrangeté, leurs bizarreries, leur répétition donnent quelquefois l'impression d'un jeu personnel et mystérieux. Il est reconnu que certains de ces stéréotypies ont une signification délirante, alors que d'autres ne sont plus que des mouvements automatiques sans contenu affectif. Mais depuis Bleuler et Freud, ont s'est attaché à découvrir, même dans les stéréotypies les plus pauvres, une signification symbolique en rapport avec des motivations de l'inconscient.

Nous avons dit que ces stéréotypies donnent l'impression d'un jeu, Cette impression est celle de l'observateur, il n'est pas du tout certain que ces mouvements soient vécus comme un jeu par le schizophrène. De même pour les actes cocasses cités plus haut, si H. Ey croit pouvoir y reconnaitre une certaine volonté de jeu, celle-ci est souvent bien difficile à individualiser car les mouvements, les gestes qui supportent ces actes possèdent dans bien des cas un caractère comique involontaire : en effet, on l'a vu, ils sont volon-

tiers déformés, exagérés, inadaptés. Cet aspect caricatural et grotesque du geste et du mouvement se retrouve en quelque sorte à l'échelle de l'acte. Cette dysharmonie globale est le résultat et l'expression de la discordance et de la désorganisation complète de la vie psychique.

Cet aspect général d'automatisme mécanique et indifférent s'attache à toutes les manifestations, de la simple stéréotypie aux actes complexes les plus absurdes et les plus cocasses.

Or, "le mécanique plaqué sur le vivant", l'automatisme, la raideur, la distraction sont, comme l'a montré Bergson, des éléments fondamentaux du "comique" en général, comique de l'homme, de ses actes, de son caractère (7). Il n'est donc pas toujours facile, en clinique, de distinguer un effet comique involontaire résultant d'un automatisme répété (et lui-même issu d'un état déficitaire) d'une véritable intention de jeu provenant d'un même état déficitaire.

Ainsi, issus de la discordance, de la structure négative de la maladie, les stéréotypies et les actes cocasses en sont une expression grossière et spectaculaire mais aussi une conséquence souvent automatique et involontaire. Dans ces conditions, il n'est pas possible d'inclure toutes ces manifestations dans un cadre même très général "d'attitudes de jeu".

Ces restrictions sont encore plus valables pour les "fou-rires". Ils surgissent soudaint sans motif évident décelable et se prolongent plus ou moins longtemps. Ils cessent aussi brusquement qu'ils éclatent. Le malade ne donne aucune explication valable ou bien répond de façon absurde. Ces fou-rires ne paraissent pas être en rapport avec des raisons conscientes dans l'esprit du malade et ainsi ils ont été considérés par certains auteurs comme des manifestations automatiques. S'il est fréquemment admis maintenant qu'ils sont sous la dépendance de leur vie affective inconsciente, ils ne

peuvent pas être considérés comme l'expression d'un amusement ou d'un jeu.

Il en est de même pour les fameux "sourires discordants" des schizophrènes. Ils ont été appelés aussi "sourires ironiques". J. Le Maux, dans sa thèse, a bien défini le problème. Pour lui, nous le reverrons, l'ironie implique toute une élaboration et le terme "sourire ironique" lui parait impropre :

"Le sourire ironique est considéré par les aliénistes comme une manifestation automatique, impulsive ou discordante (travaux de Melle Pascal pour qui le sourire ironique est une variété de sourire "paramimique").

"Au moment ou le sourire ironique se dessine sur le visage du malade, celui-ci ne pense à rien ou présente un état d'âme tel qu'il est dépourvu de tout rapport avec l'expression moqueuse que le masque parait traduire.

Si l'on se reporte à ce qui a été dit de l'ironie... la locution "sourire ironique" ne parait pas heureuse. D'abord, même si le jeu mimique dont il est question correspondait à un état affectif dont il serait l'extériorisation, il faudrait dire sourire moqueur et non sourire ironique, car il s'agirait d'un mode d'expression direct et non d'un mode d'expression inversé. Mais surtout, comment un sourire qui ne correspond à rien, a aucun substratum, qui est par conséquent entièrement impulsif, peut-il être qualifié d'ironie ou de moqueur ? Cela parait inadmissible".

" Si l'on s'en tient au langage employé couramment par les aliénistes, il y a beaucoup d'ironie ou tout au moins de raillerie dans la démence précoce. Cette psychose est par excellence celle de l'ironie. Si, par contre, on s'en tient au sens réel caché sous le langage, il n'y en a jamais ou presque jamais, puisque ces manifestations dites ironiques sont purement impulsives. La réalité est autre.

" Dans le rire, le sourire, la mimique des déments précoces, même lorsqu'il y a apparence indiscutable de raillerie, il faut voir le plus souvent des manifestations d'automatisme pur, qui, par un effet de coïncidence, donnent l'impression de moquerie mais n'en sont pas.

Cependant, comme le psychisme des déments précoces reste à peu près impénétrable, rien n'autorise à affirmer que certains sourires ou rires ne correspondent pas à une intention de raillerie... Il est très difficile chez les déments précoces de distinguer les sourires et les rires automatiques, railleurs, seulement en apparence des sourires et des rires réellement moqueurs".

On voit que pour Le Maux les termes "sourires immotivés" ou "sourires discordants" représentent mieux la réalité que le terme "sourire ironique".

Ainsi, pour résumer, les sourires discordants, les fou-rires, les stéréotypies et un bon nombre d'actes cocasses du schizophrène ne sont que des manifestations automatiques qui ne constituent pas vraiment un jeu pour le malade, même si, par certains de leur caractères elles en donnent l'impression à l'observateur. Ces manifestations ne sont que la conséquence et l'expression de la discordance et de la dissociation.

Cette réserve étant faite, il faut bien reconnaître que dans bien des cas le schizophrène offre à l'observateur un ensemble d'attitudes, de gestes et d'actes qui réalisent un tableau plus élaboré posant le problème d'une véritable attitude ludique. C'est le cas du maniérisme schizophrénique. Il comporte certes des manifestations automatiques comme celles que nous avons décrites mais dans sa forme complète, il réalise un "style" très particulier de présentation du malade.

Il est constitué par l'association de surcharge, de déformations des gestes comme nous l'avons dit mais avec un luxe important de mouvements parasites et accessoires, d'attitudes précieuses , cérémonieuses, coquettes. Cet ensemble est si caractéristique qu'il parait le plus souvent voulu par le malade. F. Barison (4-5) le décrit ainsi : " le maniérisme n'est pas nécessairement stéréotypé mais on peut certainement étudier avec plus d'aisance les comportements maniérés qui se répètent. Le maniérisme schizophrénique consiste en un comportement expressif accessoire qui s'ajoute d'une manière tout à fait incompréhensible à un comportement principal adéquat à la situation. Le caractère d'artifice, de chose voulue, exhibée que l'observateur sent, en constitue un élément caractéristique. Dans le maniérisme, ont peur donc distinguer : ces expressions du comportement accessoire , pour la plupart caricaturales, un caractère théatral désintéressé en fonction du caractère phénomènologique du "voulu" que je viens de souligner, une expression globale d'étrange, d'absurde, d'irréel, de poléique contre la réalité qui provient de l'insertion incompréhensible du comportement acessoire dans le comportement principal... En d'autres termes, l'union de la conduite ou des conduites acessoires à la conduite principale (ce qui constitue une déformation de celle-ci) donne lieu à une expérience positive d'étrangeté ; il en résulte une "réalité" nouvelle, quelque chose qui nous est étranger, mais qui, en un certain sens est vrai".

On conçoit qu'un tel tableau puisse poser le problème d'un jeu bizarre. On évoque les "jeux de parade", la "mimicry" de Roger Caillois. Les auteurs ont bien relevé et analysé ce véritable "théatralisme". Ce sont surtout les les analyses phénoménologiques qui se sont attachées à découvrir le sens de ces attitudes.

Le schizophrène est en perpétuelle "représentation" vis à vis de lui-même et des autres, par l'artifice voulu de ses gestes et de ses actes déformés, par sa préciosité, son "maniérisme" il parait comme le dit Minkowski saisi par la nécessité de "faire la marionnette". Ses pitreries ses mimiques bouffonnes donnent l'impression d'une vaste comédie. Henri Ey y voit la tendance profonde à jouer avec la réalité plutôt qu'à s'y adapter. Il insiste sur les manifestations mineures de ce théatralisme, faites d'ironie et de dérision et qui constituent en fait une barrière entre le malade et la réalité.

Nous empruntons à Paul Abely (1) la description de ce tableau général que nous avons rappelé. L'étude du jeu dans le syndrome discordant est, écrit Paul Abely, "très hypothétique et incomplète, car le contact humain avec de tels malades se fait très mal, il est parfois impossible...

Il arrive cependant de découvrir chez ces malades les ébauches d'un "ludisme" très particulier. Ils jouent avec eux-mêmes, étant à la fois acteurs et spectateurs. Leur mimique figée grimaçante, leurs risques explosifs et immotivés, leurs attitudes cataleptiques, donnent l'impression d'une clownerie tragique, mystérieuse et déconcertante".

Nous avons vu, dans notre étude générale du jeu les critiques que nous faisons au mot"ludisme". Rappelons que Paul Abely lui reconnait parfois une certaine tendance agressive et ironique. Rappelons que, pour nous, même dans ses expressions les plus primitives et les plus solitaires, il traduit l'existence d'un instinct fondamental de jeu. Dans cette dernière conception, on pourrait déjà se demander si ce maniérisme schizophrénique ne serait pas l'expression déformée par la discordance et la dissociation, de cet instinct de jeu fondamental. Il s'agirait ainsi d'un "divertissement", d'un jeu-distraction, complètement refermé sur lui-même. Le malade, coupé du monde, ne trouverait pour jouer que son chaos intérieur.

Rien ne permet pourtant de confirmer cette hypothèse. Il faut à ce sujet se rappeler l'opinion d'Henri Ey qui pense que le schizophrène ne fait de manières pour personne et encore moins pour lui-même. Il semble admettre par là qu'il s'agit plutôt d'un "style d'existence" inconscient et automatique.

Pourtant nous avons vu, en étudiant le maniérisme et le théatralisme, qu'Henri Ey lui-même, y reconnait l'importance de l'ironie et de la dérision.

Ce fait nous parait, ainsi qu'à de nombreux auteurs, remarquable.

En effet, si nous entrons dans le domaine de l'ironie, de la dérision et d'une façon plus générale dans le domaine du jeu-dérision, il nous apparait deux conséquences importantes. D'abord, l'ironie ou la dérision impliquent une élaboration plus poussée de la part du malade, un "jeu" plus complexe des mécanismes psychiques, avec, surtout pour l'ironie, des facultés intellectuelles relativement bien conservées. Nous quittons là le domaine de l'automatisme et de l'involontaire pour entrer dans celui d'une volonté. Il s'agit en quelque sorte d'un plan supérieur. La deuxième conséquence est justement que ces manifestations d'ironie ou de dérision impliquent la notion d'une volonté agressive. Nous ne sommes donc plus dans le domaine de l'indifférence pure. On voit l'importance de ce fait, d'autant plus que nous avons la notion, par notre étude générale du jeu, que la dérision est le plus souvent une défense et qu'elle utilise volontiers les techniques ludiques pour s'exprimer. Nous allons voir maintenant ce que les auteurs ont trouvé derrière le jeu-dérision du schizophrène.

L'ironie et le jeu-dérision chez le schizophrène

Anh Nguyen, nous l'avons vu, place la dérision au coeur de nombreux phénomènes (61). Il écrit à propos du schizophrène.

" Il est vrai que tout dans son comportement manifeste une parfaite dérision du réel. Mais justement cette dérision est à double tranchant : il s'irréalise en même temps que son monde. La dissociation de soi-même va de pair avec la désinsertion du réel. On ne rit pas en rêve. Le refus d'être dans le réel va trop loin : le schizophrène s'englue dans un autisme sans issue.

Cependant, tout ce que nous pensons du schizophrène peut s'avérer dérisoire, parce qu'il est la dérision même sous sa forme la plus dramatique, la plus poignante. Freud fait une remarque que Bleuler fait sienne : à savoir, que le "symptôme le plus commun de l'activité du complexe est le rire non motivé". Les malades rient souvent quand on atteint un complexe. Nos observations montrent que les rires de mauvais augure, dans la schizophrénie ont toujours cette origine. Seulement, cette excitation est intense et les malades ne savent pas de quoi ils rient. Ils éprouvent cela comme une force. Lorsqu'un hébéphrénique rit c'est que la crise approche et ce fait est en faveur dans notre conception. Il en est de même pour le pleurer".

Le parasitisme mimique, le maniérisme précieux, l'attitude puérile, les bizarreries discordantes, tout semble manifester un jeu sans objet, jusqu'au parler bébé et la schizophaqie, véritable dérision du langage : le schizophrène est par excellence le "fou" dont on ne sait s'il est effrayant ou comique".

On voit que la schizophrénie est pour Nguyen le monde même de la dérision, mais une dérision si intense qu'elle aboutit à la coupure avec la réalité. Les manifestations les plus automatiques et les plus involontaires ne sont en fait que l'expression d'un complexe inconscient et par conséquent, pour Nguyen, également d'une dérision.

Mais cette dérision peut prendre un aspect beaucoup plus précis et surtout être parfaitement consciente de la part du malade quand celui-ci utilise des manifestations agressives aussi élaborées que la raillerie ou l'ironie.

J.L.Maux (53) a particulièrement étudié les aspects de cette ironie et de cette raillerie chez les malades mentaux en général mais aussi dans le cas particulier de la démence précoce. Il explique d'abord qu'elle a été sa méthode d'examen. Il précise bien que si l'on veut étudier l'ironie et la raillerie des malades, il convient d'éviter les longs entretiens et les longs examens. Il faut au contraire passer plusieurs fois voir les malades sans trop s'attarder à chaque fois auprès d'eux. Mais il n'y a pas de règle infaillible : il faut savoir varier son attitude suivant chaque malade, suivant le niveau intellectuel et le degré d'éducation de celui-ci. Ces recommandations sont valables pour les déments précoces. J. Le Maux recommande même d'essayer la raillerie avec eux afin d'essayer de les tirer de leur indifférence, mais cette dernière méthode, à notre avis, ne doit être utilisée qu'exceptionnellement.

Car, en définitive, Le Maux le souligne aussi, ce sont les manifestations spontanées qui ont de la valeur.

"L'ironie spontanée, due au libre jeu du psychisme du sujet et à l'épanouissement des tendances moqueuses est celle, qui, pour l'observateur, a la plus grande valeur séméiologique".

Il faut naturellement observer avec soin la mimique et les gestes des malades.

Nous avons vu que pour Le Maux la caractéristique de la raillerie et de l'ironie est d'être volontaires. Il n'accepte donc pas d'englober sous le terme "ironique" toutes les manifestations que certains auteurs qualifient ainsi. L'ironie, de plus, comprend pour lui une expression inversée. Cependant il reconnait que certaines formes de démence précoce et certains schizophrènes présentent toutes les conditions favorables au développement de la raillerie et de l'ironie. Les formes supérieures de la raillerie et l'ironie s'observent plus volontiers si le sujet a un niveau intellectuel assez élevé et une certaine culture.

J. Le Maux observe que dans la schizophrénie habituelle et dans les rémissions de la forme hébéphrénique on constate souvent une certaine excitation psychique. Cet état d'excitation passager associé à une tendance hostile qui existe chez le schizophrène de temps en temps quand on essaie de le faire sortir de son indifférence, réalise un ensemble favorable à la production de l'ironie.

"Cette ironie et cette raillerie sont souvent assez fines ; elles sont parfois très agressives et très mordantes, dirigées contre les personnes de l'entourage du malade et notamment contre les Médecins. Elles se répètent volontiers dans les mêmes formes et présentent ainsi une tendance à la stéréotypie.

C'est par cet aspect seul qu'elles portent la marque de la déchéance intellectuelle qui a frappé le malade. Elles peuvent comporter d'assez longs développements".

"Chez les sujets dont les ressources mentales sont un peu moindres; l'ironie vraie est moins fréquente et limitée à quelques phrases, la raillerie est plus grossière".

"Dans les périodes agitées de démence précoce et notamment dans les phases d'excitation de type maniaque symptomatiques de l'hébéphrénie, il y a de l'exaltation des facultés intellectuelles avec rapidité marquée des associations mentales ou même fuite des idées.

Ici le ton d'indifférence affective reste le même et la déchéance psychique en dépit des apparences, n'est souvent pas plus accusée que dans les cas que nous venons d'envisager. L'ironie et la raillerie s'observent. Elles sont du type maniaque : phrases courtes, isolées au milieu de la débauche des paroles et des idées, mordant, agressivité des propos en général pas de répétition des formules". Dans ces derniers cas, souligne Le Maux, l'ironie et la raillerie sont surtout sous la dépendance de l'excitation psychique du type maniaque.

J. Le Maux n'a jamais observé de raillerie fine ou d'ironie chez les catatoniques. Chez eux, d'après lui, l'importance du "blocage" causé par les troubles psycho-moteurs s'oppose à l'expression de nuances aussi fines et aussi élaborées que l'ironie et la raillerie. Le Maux, on l'a vu, considère que si les "sourires" et les "rires" inexpliqués sont plus fréquents chez les catatoniques, ils n'ont néammoins rien de railleur et encore moins d'ironique.

De même on a pû observer chez les catatoniques des imitations pouvant porter sur la démarche, les gestes ou la mimique (échomimie et echopraxie). Le Maux pense que ces faits sont eux-aussi des automatismes. Mais il rapporte l'observation de deux auteurs, Leroy et Genil-Perrin, qui ont constaté, chez un malade catatonique, des faits d'imitation réellement moqueurs. Il s'agit alors d'une raillerie volontaire, consciente mais qui doit être considérée comme morbide : elle se produit en effet à la suite d'un déficit qui atteint aussi les fonctions supérieures d'inhibition. Ces faits d'imitation moqueuse sont à ranger dans les variétés inférieures de la raillerie.

J. Le Maux rapporte encore certains faits cliniques : ce sont essentiellement ceux où les malades répondent complètement à côté de la question qu'on leur pose. Cesréponses "à côté" fournissant une impréssion de drôlerie mais il n'est pas toujours facile de savoir si le malade a réellement cherché à se moquer ou si, au contraire, il s'agit d'une impression purement subjective de l'observateur. J. Le Maux distingue deux groupes de faits :

1°- La raillerie par réponse volontairement inadaptées. Dans ces cas il y a réellement une intention moqueuse de la part du malade. On peut trouver plusieurs arguments en faveur decette thèse. D'abord, dans ces sas, les réponses ne sont que partiellement inadaptées, les premiers mots ou les premières phrases paraissent logiques, puis c'est la phrase ou le mot bizarre, " à côté". Il est difficile de penser que le malade soit passé d'un seulcoup d'un état psychique normal impliqué par le début de la réponse, à un pur état d'automatisme conditionnént la fin absurde de la réponse. Il parait plus logique d'y voir une réelle intention railleuse.

D'autre part, certains gestes et attitudes qui accompagnent la réponse "à côté" sont en faveur d'une réponse réfléchie, voulue. Ces gestes et ces attitudes sont constitués par du négativisme, des haussements d'épaule ou une imitation satirique du médecin. Parfois, on peut observer une série de réponses absurdes ce qui fait également suspecter une intention moqueuse sous-jacente et non pas un simple automatisme.

Enfin ces réponses volontairement inadaptées sont souvent observées, selon Le Maux, dans les premiers stades de la démence précoce, quand l'affaiblissement intellectuel est trop faible pour qu'on puisse admettre des automatismes très importants.

2°- La fausse raillerie par réponse onvolontairement inadaptées. Les caractères précédents qui étaient les critères d'une volonté moqueuse font ici entièrement défaut. Il s'agit en général de malades qui présentent une forte désagrégation de leur vie psychique.

En résumé, les observations de J. LE Maux ont montré que l'ironie véritable et la raillerie se voient dans la démence précoce mais peut-être pas aussi fréquemment qu'un abus de langage pourrait le laisser supposer.

Dans les formes habituelles de la schizophrénie et dans les phases de rémission de l'hébéphrénie, on observe assez souvent l'ironie vraie et les formes supérieures de la raillerie surtout chez les sujets dont le niveau intellectuel et la culture sont suffisants. L'ironie et la raillerie sont volontiers mordantes et peuvent comporter d'assez longs développements avec parfois une légère tendance à la stéréotypie.

Au cours de certaines phases d'excitation du type maniaque, l'ironie et la raillerie des schizophrènes revêtent les caractères de l'ironie et de la raillerie maniaques : brièveté, variabilité, caustivité.

Les imitations observées chez les catatoniques sont le plus souvent des automatismes. Plus rarement, elles sont réellement moqueuses. Elles appartiennent alors à la raillerie morbide.

On peut encore observer chez les schizophrènes de la raillerie par réponses volontairement inadaptées ou bien une fausse raillerie par réponse involontairement inadaptée.

Ainsi J. Le Maux a parfaitement analysé au point de vue séméiologique l'ironie et la raillerie vraies chez les schizophrènes. Mais il manque à son analyse une étude en profondeur des motivations de ces attitudes. Pour cette étude nous nous réfèrerons à une publication d'H. Steck dans "l'Evolution Psychiâtrique". (74)

<u>La perspective existensielle et phénomènologique de l'ironie et du jeu chez le schizophrène.</u>

D'une façon générale les auteurs qui ont abordé dans cette perspective le problème des attitudes ironiques et ludiques du schizophrène, y voient une tentative de compensation contre l'angoisse et le sentiment de diminution causés par la maladie. H. Steck rappelle ainsi les travaux de Minkowski et de Binswanger. Il rappelle également en quoi consiste la perspective existentielle et phénomènologique : "nous tachons de comprendre l'attitude du malade comme une attitude comparable à l'attitude intentionnelle ou volontaire de l'homme sain".

Dans les exemples cliniques rapportés par H.Steck (74), on peut noter, en général, l'association d'une production artistique, d'une attitude ironique avec la manie des calembours et des jeux de mots. Il rappelle ainsi l'observation de sa fameuse malade "Aloyse" dont les oeuvres ont été exposées à Paris en 1950 à l'exposition d'art pathologique au Congrès Mondial de la Psychiatrie. H. Steck écrit à propos d'Aloyse :

"Chez cette malade, l'agressivité initiale très prononcée a disparu avec le développement de l'activité picturale. Une certaine ironie perce quelquefois dans ses tableaux. Ainsi un humour plaisant se manifeste chez elle dans la façon dont elle traite les hommes qui finissent souvent par n'être qu'une sorte d'appendice de la grande dame, l'époux consort de la reine figurant comme un simple pendantif au collier de celle-ci". H. Steck insiste sur l'importance de l'agressivité des malades. Chez un de ses malades, l'activité de jeu se traduit par ses dessins et la déformation orthographique. Cette activité ludique remplaça l'agressivité. Devant certaines de ses productions on avait l'impression qu'il se moquait de son entourage. H. Steck ajoute : "l'évidence de la nature ironique ou moqueuse de l'attitude de nos malades ne peut-être complètement fournie par les observations écrites du malade Il faudrait encore pouvoir rendre chaque fois l'expression mimique, la grimace qui accompagnent et soulignent l'intention railleuse".

Dans ses conclusions, H. Steck, souligne plusieurs faits importants :

"L'attitude ironique que nous avons voulu décrire se manifeste chez nos malades pendant des périodes plus ou moins longues, parfois elle est presque permanente et devient une attitude habituelle."

"Dans tous les cas, c'est l'agressivité motrice qui a joué un rôle important dans le comportement du malade. Nous saisissons que l'attitude moqueuse et ironique, quelquefois teintée d'humour est une agression mitigée".

Steck rappelle la phrase de Nguyen que nous avons déjà citée : "la dérision est une expression de l'agressivité au moyen de techniques ludiques qui dévalorisent l'objet en faisant rire à ses dépens". En fait tout le travail de Nguyen est fondamental pour expliquer ces attitudes schizophréniques et c'est pourquoi nous l'avons repris en détail dans notre étude générale du jeu.

Steck souligne donc que l'ironie et la dérision sont un mode spécial de manifestation agressive. "On pourrait dire que c'est la guerre froide qui continue la guerre chaude".

Il constate l'association fréquente des attitudes ludiques et ironiques avec le manièrisme. Cette association se manifeste surtout dans l'expression verbale et dans la production écrite. L'attitude guindée du maniérisme, rappelle Steck, est une réaction contre l'angoisse existentielle qui est aussi la source de la mentalité primitive et magique du schizophrène comme l'ont montré les études Binswanger.

"Toutes ces manières de comportement présentent nettement un caractère ludique dont certains de nos malades sont très conscients".

Il y a ensuite un passage à une activité artistique quelconque plus ou moins remarquable, plus ou moins suivie, qui permet à l'agressivité de disparaitre.

H. Steck ajoute : "il nous parait évident que l'attitude ironique du schizophrène est un acte compensatoire au même titre que la création délirante, une forme de réaction contre la maladie, une manière de se créer de nouveau une position de supériorité de domination vis à vis de toutes les conséquences de l'affection mentale. Elle permet souvent au malade d'abandonner l'agressivité brutale et de s'intégrer avec moins de heurts au milieu hospitalier". Et Steck conclut: la connaissance de ces attitudes "nous permet de mieux comprendre certains schizophrènes et nous guide dans la recherche de moyens appropriés pour établir plus facilement le contact avec les malades".

Le jeu, l'angoisse et l'expression chez le schizophrène.

Nous avons vu que Steck, dans son étude attache beaucoup d'importance à la filiation qui unit l'agressivité motrice, l'ironie, les techniques ludiques et qu'il décèle celle-ci dans le langage schizophrénique et les productions artistiques. Ainsi, se trouve posé le problème de la signification ludique de cette langue bizarre et hermétique du schizophrène Paul Abely écrit : "Ils ne parlent aussi qu'à eux-mêmes et se batissent un vocabulaire hermétique qu'on désigne sous le nom de schizophasie. Ce langage se situe en dehors de toute communication, il est intraduisible..... Pourquoi un tel discordant "s'amuse-t-il à créer cette langue a lui ? Pour répondre à cette question, il faut recourir aux hypothèses explicatives : ou bien il ne peut plus intégrer et synthétiser le langage normal (dans ce cas comme tout interlocuteur l'indifère ou lui déplait, il préfère couper le contact) ou bien, et c'est encore une forme de non communication, il se dévertit étrangement en adoptant un langage incompréhensible pour tout interlocuteur. Ce langage schizophasique est très différent de la glossolalie".

Jean Bobon est l'un de ceux qui ont le plus étudié les tendances ludiques dans les troubles du langage et de l'écriture des malades mentaux et des schizophrènes plus particulièrement (11-12-13-14-15).

Dans son rapport sur la Psychopathologie de l'expression en 1962, il expose en parfait accord avec la thèse de Nguyen, qu'il y a un fond de gravité dans tous les jeux et que le jeu en général est un moyen de lutte contre l'angoisse. Ces jeux "sérieux" Bobon dit qu'on peut les trouver chez l'adulte et en particulier dans la catharsis artistique. "Je songe ici, écrit-il, à certaines formes de l'art surréaliste, à certaines mises en scène "puériles" d'artistes contemporains dont l'aspect publicitaire est singulièrement trompeur en vérité, à certaines toiles informelles où la couleur a giclé dans une gesticulation frénétique et spectaculaire sur des modes ludiques et dramatiques à la fois. La tentative généralement nconsciente et irrationnelle de nier une insécurité profonde, d'échapper à son drame personnel précisément est multiple. L'imaginaire et lejeu constituent des moyens priviligiés de se dissimuler soi-même à soi-même.(15)

Cette tentative de maitrise de l'angoisse que Bobon signale dans certains aspects de l'art et du jeu, il la retrouve dans les troubles du langage schizophrénique.

"La schizographie et la schizoparalexie constituent une forme extrême de discordance verbale où le patient parait en situation de jeu alors qu'une catamnèse a montré qu'il n'en était rien, au contraire. La glossolalie d'une autre schizophrène, pur jeu verbal souvent ironique en apparence, s'accentuait régulièrement sous subnarcose au milieu d'un cortège de larmes et de démonstrations anxieuses".

Bobon rapporte une série d'exemple montrant que le jeu est souvent un masque de l'angoisse, sous l'aspect d'un jeu verbal. Et la conclusion de Bobon s'applique tout particulièrement aux schizophrènes :

"En bref, la notion de ludique est complexe et peut-être encore mal précisée en fonction même de sa complexité, comme la plupart de nos notions en psychiâtrie. Nos patients peuvent jouer avec les sons comme avec des rubans de couleur.. sans autre fin que celle qu'ils prennent à ce jeu. Mais c'est toujours faute de mieux et d'abord par incapacité de vivre. Dans les cas heureux, ils témoignent eux-mêmes qu'ils font semblant de jouer ". (15)

En résumé

Nous avons passé en revue différents aspects du comportement schizophrènique qui ont été étudiés par de nombreux auteurs. Nous avons vu qu'un certain nombre de faits tels les sourires immotivés, un bon nombre d'anomalies gestuelles plus ou moins comiques, les stéréotypies, certains faits d'imitation et certaines réponses involontairement inadaptées et même des actes cocasses ne peuvent être considérés comme un jeu de la part du malade. Ce sont des manifestations plus ou moins automatiques qui sont la conséquence et l'expression de la discordance et de la structure déficitaire de la maladie.

Par contre, chez d'autres malades, l'importance du maniérisme et du théatralisme, fait évoquer le caractère voulu de ces manifestations qui paraissent plus élaborées que dans les cas précédents. Elles posent alors le problème de leur nature ludique. Il pourrait peut-être s'agir dans certains cas, d'un "idvertissement" d'une manifestation déformée par la maladie d'un instinct fondamental de jeu.

Plus souvent, il semble s'agir d'une manifestation du jeu-dérision.

La dérision prend quelquefois des aspects beaucoup plus précis et élaborés. On peut ainsi observer chez les schizophrènes l'ironie vraie, la raillerie plus ou moins fine.

Dans la perspective phénomènologique, le jeu dérision du schizophrène, son ironie, sont considérés comme des attitudes de compensation vis à vis du processus morbide et comme des défenses contre l'angoisse. Elles ont un caractère positif en ce sens qu'elles impliquent une fausse indifférence du malade mais elles traduisent aussi une fuite devant la réalité.

Cette angoisse serait à la base de certains troubles du langage schizophrénique où certains auteurs ont retrouvés, dans les formes les plus dissociées, une tendance ludique.

Nous avons pu constater qu'il n'est pratiquement jamais fait mention chez le schizophrène d'un jeu distraction spontané. Paul Abély écrit: "Chez un tel malade il n'y a naturellement ni jeu de compétition authentique ni authentique ludisme, ni vertige, ni mimétisme, ni parade. C'est un jeu, s'il y a jeu, totalement désocialisé".

Nous pensons à ce sujet que Paul Abély a raison pour la grande majorité des schizophrènes mais que cette régle souffre cependant quelques exceptions que nous verrons dans les observations que nous rapportons.

OBSERVATIONS CLINIQUES

De même que nous avons commencé l'étude générale du jeu par l'étude du jeu de l'enfant, nous voulons commencer par présenter une observation de schizophrénie infantile en insistant surtout sur les caractères du jeu de l'enfant dont l'observation suit :

OBSERVATION DE CATHERINE V...

Catherine V... est née le 2 Septembre 1959 à Paris. Elle est hospitalisée le 5 Décembre 1964 dans le service du Docteur Lelord à TOURS.

Elle est agée maintenant de 7 ans et six mois. Son père est âgé de 41 ans et est en bonne santé de même que sa mère âgée de 26 ans. On ne retrouve aucun antécédent pathologique particulier dans la famille. Catherine a trois frères et soeur.

. Dominique 13 ans, né d'un premier mariage du père ;
. Sylvie 6 ans ;
. Denis 4 ans.

Ils sont tous normaux et en bonne santé. La grossesse a été normale et l'accouchement s'est déroulé sans accident à terme. L'enfant pesait 3 Kg 100 et a crié tout de suite. Elle a été élevée au sein pendant 1 mois. Il n'y a pas eu de problème d'alimentation. Elle a présenté des otites répétées, jamais de convulsion ni de méningite.

Son développement psycho-moteur a été normal jusqu'à l'âge de 20 mois. Elle prononçait quelques mots: papa, mamam, bonbon. Elle savait désigner les objets mais ne les nommait pas. Elle était devenue propre le jour.

A la naissance de sa petite soeur, elle a 21 mois. Elle se montre indifférente sans agressivité. Elle ne joue plus, ne fait plus ce qu'on lui demande. Progressivement, elle ne parle plus, ne marche plus, ne réagit plus quand on lui parle ou quand on l'appelle. On se demande alors si elle n'est pas sourde mais les examens pratiqués à l'époque ne permettent pas de confirmer ce diagnostic.

Très vite, elle n'est plus propre, la nuit elle se réveille souvent et hurle. Le jour elle devient difficile à surveiller. Elle présente des périodes de grande agitation. Elle saisit n'importe quoi, se brûle souvent, porte tout à sa bouche. Elle ne pleure jamais, devient très indifférente au milieu familial, refuse les caresses et mord ceux qui l'approchent. Elle devient agressive vis à vis de sa petite soeur.

En novembre 1962 et en juillet 1963, elle est hospitalisée dans un service parisien. Tous les examens complémentaires pratiqués sont normaux : E.E.G., encéphalographie gazeuse et fond d'oeil en particulier.

Dans ce service parisien, elle n'a aucun contact avec les autres enfants, ne manifeste aucune affection, ne mange pas seule, ne parle pas et ne contrôle pas ses sphincters. Elle rentre dans sa famille en juillet 1964, mais ses parents ne pouvant s'en occuper, la placent dans une famille tourangelle qui est obligée, en raison de ses troubles du comportement de la faire hospitaliser en décembre 1964.

A son entrée dans le service, on note différents éléments. Le contact n'est pas bon, elle ne s'intéresse pas à l'entourage. Elle ne s'alimente pas seule, n'est pas propre, est très turbulente et de ce fait très difficile à surveiller.

L'examen neurologique montre la persistance de réflexes archaiques tel que : réflexes de succion et un grasping faible. Il existe une légère hypotonie musculaire et une hyperlaxité ligamentaire. On note également un léger strabisme (paralysie du VI droit). Les examens complémentaires à nouveau pratiqués ne mettent pas en évidence de lésion organique.

Un examen psychologique pratiqué le 13 décembre 1965 à l'âge de 6 ans ("Baby tests") aboutit à la conclusion suivante :

" Le langage ne parait pas dépasser six mois. L'adaptation sociale semble aussi de six mois de même que l'adaptation pratique. Par contre, le contrôle postural semble correspondre à l'âge de deux ans. Cette enfant présente donc une arriération mentale très grande (4 ans 1/2)".

Déjà à ce moment là, on a éliminé une démence et posé le diagnistic d'un autisme infantile.

Un nouvel examen est pratiqué le 1er décembre 1966 à l'âge de 7 ans et 3 mois.

"Le langage est toujours réduit aux mêmes vocalisations: aa, ee; mais l'enfant n'est pas sourde. L'adaptation aux objets est celle d'un enfant de 8 à 9 mois.

La socialisation est toujours très réduite. L'enfant joue le plus souvent seule, parfois elle cherche le contact d'une autre enfant. Sonia passe sa main sur son visage ou essaie de jouer avec le jouet que tient l'autre enfant, mais elle fait celà assez brutalement, aussi est-elle repoussée le plus souvent. Elle présente la plupart du temps un autisme important, ne fixant aucun regard, jouant seule dans des réactions circulaires.

Le contrôle moteur semble normalement développé bien que l'on doive noter un certain déséquilibre de la marche. L'enfant grimpe sur les chaises, les tables, les lavabos. Elle se regarde alors longuement dans le miroir en passant la main sur son image. Quand elle entend des chansons à la T.S.F., elle prend d'abord une attitude d'écoute, attentive, puis penche la tête et se met à tourner d'une façon rythmique sur elle-même.

Il existe donc un intérêt spontané pour l'entourage, mais labile, inconstant. Le seuil de réactivité semble anormalement élevé. En particulier, le seuil de la sensibilité à la douleur est tel que certains conditionnements élémentaires ne s'établissent pas. Elle se brule, tombe, se heurte violemment sans réaction émotive et recommence aussitôt son activité dans les mêmes conditions.

Au total, cette enfant présente un dysharmonie importante du développement, certains secteurs aparaissent actuellement statiques (langage) alors que d'autres évoluent quelque peu. Mais le rythme du développement global reste très lent".

Cette psychose infantile semble bien pouvoir entrer dans la définition générale de la schizophrénie infantile donnée par Heuyer au congrès de Zurich en 1957 :

"Une psychose chronique non primitivement démentielle, caractérisée par une perte de contact avec la réalité et l'organisation d'une existence autistique, marquée de phénomènes spécifiques de régression et traduite par la dissociation". Etant donné la précocité de la survenue des troubles, cette forme est peut être à classer dans les formes d'autisme précoce décrites par Kanner.

Un examen récent a permis de retrouver les aspects particul rs de l'activité ludique déjà notés lors des examens précédents.

Dans l'ensemble, l'activité de jeu de Catherine paraît à la fois incessante et machinale, ce qui semble correspondre à une certaine tendance à la stéréotypie. Ses jeux paraissent naturellement correspondre à son état de régression : elle ne joue pas du tout d'une façon qui serait celle d'un enfant normal de son âge. Mais, même compte tenu de sa régression, son jeu parait dépourvu de tout enthousiasme, de toute chaleur. Il n'y a pas ce caractère d'exploration exubérante que l'on retrouve chez les enfants normaux, même plus petits. L'activité ludique de Catherine est incessante, mais elle ne semble pas y attacher de l'importance.

Pour l'essentiel ses jeux se bornent à saisir des objets à les tapoter de la main puis invariablement à les porter à la bouche. Il peut s'agir de véritables jouets, mais aussi de n'importe quel objet, plus ou moins sale. Cette oralité de son comportement est frappante. Elle se manifeste aussi dans la gloutonnerie grossière avec laquelle elle se précipite sur les fromages et les petit-suisses pour les engloutir.

Il y a donc une traduction évidente d'un blocage au stade oral. Il n'a pas été possible de retrouver chez cette enfant une frustation nette lors du premier développement de son psychisme. Le seul point important que l'on ait pu noter est la survenue des troubles après la naissance de sa petite soeur.

Catherine on l'a vu s'intéresse très peu aux autres enfants de la section. Elle cherche seulement à saisir tout objet à sa portée ou les jouets des autres enfants. Elle ne parle pas, elle ne fixe son regard sur personne.

Sur ce fond général d'indifférence, surgissent de temps en temps des marques d'intérêt paradoxales : c'est un objet qu'elle prend et qu'elle va cacher dans son lit, ce fait se répète assez souvent, c'est un air qu'elle écoute à la radio sur lequel, on l'a vu, elle esquisse une petite valse.

C'est d'ailleurs un autre caractère très important de sa présentation, de sa marche et de ses gestes. Sa démarche surtout est frappante : elle parait toujours en train d'exécuter une danse bizarre en se dandinant. Cet aspectévoque le manièrisme ou un trouble de l'équilibre. Pourtant, l'examen neurologique a montré qu'il n'existe aucune lésion organique capable de provoquer un trouble de l'équilibre. Il n'y a ni syndrome cérébelleux, ni syndrome vestibulaire, ni ataxie.

On peut peut-être évoquer un trouble du schéma corporel qui a classiquement une grande importance dans la schizophrénie infantile.

Il faut revenir également à l'extraordinaire agilité de Cathrine : elle grimpe sur les tables et les lavabos avec une aisance et une rapidité remarquable, tout son corps et ses mouvements paraissent marqués d'une souplesse et d'une hypotonie anormales. Cette hypotonie a été retrouvée à l'examen neurologique.

Il est difficile d'entrer en contact avec Catherine, pourtant, depuis quelque temps, elle parait être un peu attachée à son infirmière et la meilleure preuve de ce frêle attachement est le regard qu'elle consent à fixer parfois sur elle.

Il est intéressant de comparer l'activité de jeu de Catherine, avec celles décrites par Michaux et Duche pour différentes formes cliniques de schizophrénie infantile : dans la schizophrénie simple."Très souvent l'enfant vit ses rêves et ses fantasmes en un jeu et une activité narcissique dont on ne peut la tirer que difficilement et pour peu de temps. Parfois elle converse avec des partenaires imaginaires ou matérialise sous forme de poupées, animaux ou objets. Tout celà contribue à leur donner un aspect incohérent et bizarre.Elle parait jouer "au fou" , jouer à la réalité de ce qu'elle imagine, jeu morbide dont elle peut garder une certaine conscience, mais dont elle ne peut sortir...

Le langage est utilisé dans une sorte de jeu esotérique pour sa valeur sonore et son sens symbolique."

Dans la schizophrénie avec délire de réverie de Heuyer; " Le délire va garder un aspect de jeu, si l'enfant croit à la valeur absolue de ses idées délirantes, il ne les place pas cependant dans le domaine du réel. Réel et imaginaire coexistent dans son esprit. Ce délire est en quelqu sorte un "excès de jeu" qui ne sait plus s'arrêter, se poursuit à toute heure et en tous lieux, provoquant des incidents d'allure nettement morbides.

Ce jeu est donc délire, non pas tant en raison de la conviction qu'en raison de la continuité."

En résumé, Catherine V... est une fillette de 7 ans 1/2 atteinte de démence précocissime. Les troubles sont apparus très tôt dès l'âge de 21 mois après la naissance d'une petite soeur. Actuellement, l'enfant présente une dysharmonie importante dans son développement avec un retard global très important et un langage pratiquement inexitant. Son activité ludique est caractéristique par sa tendance à la stéréotypie, son caractère solitaire. Les manifestations d'un blocage affectif au stade oral sont très nombreuses. L'activité ludique manifeste aussi ce blocage et s'associe à des troubles des mouvements et de la démarche qui évoquent un trouble du schéma corporel.

OBSERVATION DE DOMINIQUE D...

Dominique D... âgé de 20 ans, est hospitalisé depuis le 26 Novembre 1966. Le certificat de 24 heures mentionne : "Démence précoce à forme hebéphrénique évoluant depuis de nombreuses années, ambivalence, apragmatisme, indifférence, sourires mal adaptés, flou de la pensée, déinsertion temporelle".

Le début de l'affeccion date de cinq ans. Dominique, alors âgé de 15 ans, allait à l'école, en classe de fin d'études primaires. Son entourage observe alors des modifications du comportement. Dominique devient bizarre, "renfermé" nous dit son père.

En 1962, il est hospitalisé dans une clinique psychiatrique où il séjourne pendant cinq ans. Le diagnostic porté est : "schizophrénie de type hébéphréno-catatonique avec hallucinations auditives, périodes de mutisme et d'anorexie, impulsions.

Une cure de Sakel et une série de sismothérapie sont pratiquées et l'améliorent un certain temps. En 1965, une seconde cure de Sakel est faite, associée à une psychothérapie type psychothérapie d'enfant et à des activités de groupe (voley-ball). Dominique est alors très amélioré, mais ses parents le reprennent pour des raisons administratives. Dans son milieu familial, il retombe très vite dans son autisme, c'est alors qu'il est hospitalisé dans le service.

Il s'agit d'un jeune garçon de type franchement leptosome avec lequel le contact est très difficile. Il ne répond que par monosyllabe, reste indifférent à ce qui l'entoure. De temps en temps éclatent des rires immotivés.

Dans le service il s'isole volontiers, reste enfermé dans sa chambre, s'alimente avec difficulté. A l'examen, on note une catatonie, le cours de la pensée est flou, le discours pauvre. Cependant il n'y a pas de néologisme, pas de schizophasie. On ne retrouve aucun élément délirant exprimé.

Chez ce malade, il nous a été donné d'observer un exemple typique d'un jeu apparemment dépourvu de toutes les caractéristiques d'un jeu normal.

Un jour dans la salle de récréation d'une section, nous avons vu ce malade jouer à la belote avec un autre malade. Il ne nous fut pas possible de savoir exactement qui avait proposé la partie. Dominique paraissait ne prendre aucun intérêt à cette partie : il regardait sans cesse autour de lui sans d'ailleurs paraitre fixer son attention sur quoi que ce soit.

Il ramassait ses cartes en désordre dans sa main. Il faisait de nombreuses erreurs en les distribuant, il oubliait au cours du jeu quel atout avait été choisi. Il ne s'agissait pas d'une ignorance des règles du jeu qu'il connaissait et que son partenaire lui rappelait à l'occasion de ses erreurs.

L'atmosphère de cette partie était particulièrement triste. Le partenaire de Dominique, sans être très enthousiaste, s'appliquait tout de même à jouer le mieux possible. Dominique, lui, ne s'intéressait même pas au résultat car il n'avait pas voulu marquer les points. Il faisait d'ailleurs des erreurs en comptant ses points à la fin de chaque coup. Toute son attitude dans ce jeu reflètait le trouble de sa pensée, sa dissociation, son indifférence.

Tout à coup Dominique s'adressa d'un ton assez engageant à un autre malade qui contemplait depuis peu la partie et lui dit : "Voulez-vous jouer avec moi". Il n'avait pas dit : "avec nous", mais bien "avec moi". A ce moment il parut oublier ou ignorer complétement son premier partenaire qui pourtant jouait consciencieusement avec lui. La soudaineté de ce changement fut surprenante. Dominique ne fit aucune excuse au partenaire qu'il évinçait et rejettait ainsi, il ne lui propose nullement de continuer de jouer dans une partie à trois. Quant à son invitation à l'autre malade, malgré son apparente politesse et amabilité, elle n'avait aucun caractère de véritable enjouement ou d'entrain. A cette invitation on pouvait vraiment trouver un caractère "bizarre". Dominique, par ce moyen, voulait-il écarter purement et simplement son premier partenaire dont la compagnie et l'application au jeu (avec les remarques qu'il faisait sur les fautes de Dominique) lui pesait ?

S'agissait-il au contraire d'une simple impulsion de son esprit incapable de se fixer longtemps sur une même situation ? En tout cas, la partie avec le nouveau partenaire n'alla pas loin, Dominique parut encore plus dissocié et moins attentif au jeu.

En résumé, nous avons eu l'occasion d'observer à l'improviste, au cours d'une partie de cartes, le jeune Dominique D.... schizophrène hébéphrèno-catatonique, dont les troubles remontaient à cinq ans. L'analyse de son comportement au cours de ce jeu permettait de retrouver plusieurs éléments importants de son syndrome schizophrènique trouble du cours de la pensée, impossibilité de fixer son attention sur une opération intellectuelle comme le réclame une partie de cartes. Ces troubles traduisent la dissociation schizophrénique, troubles de l'affectivité également réflétés par le manque d'intérêt au jeu et le manque d'égard vis à vis de so partenaire qu'il abandonne sans une excuse.

On retrouve aussi dans ce fait le trouble fondamental du schizophrène dans sa relation avec autrui. Cet exemple illustre bien l'expression d'Abély à propos du jeu chez les schizophrènes : "c'est un jeu "désocialisé". Nous pensons même que Dominique ne s'est vraisenblablement engagé dans cette partie de cartes que pour pouvoir éviter un contact plus réel avec les autres malades présents dans la salle avec lui. Ce n'est qu'une hypothèse mais toute l'attitude de Dominique nous fait penser que ce jeu n'a été qu'un masque pour mieux s'isoler.

PLANCHE II

Bernard D.....

Mario V.....

Michel O.....

A

B

C

OBSERVATION DE MARIO V... (Planche n° 2 - B)

Mario est âgé de vingt deux ans. Il est peintre en batiment et est d'origine italienne. Sa famille est toujours en Italie. Il a plusieurs frères et sœurs qui sont tous en bonne santé. Sa mère aurait eu une maladie mentale mais il ne peut nous donner de précisions à ce sujet.

Mario est venu en France, il y a deux ans, pour travailler. Il parle remarquablement bien le français.

Il est hospitalisé au mois de Novembre 1966, à l'Hôpital de Tours, dans le service de neurologie, pour des troubles du comportement qui ont consisté essentiellement dans la mise à sac de sa chambre d'Hôtel, brisant tout ce qui est à sa portée.

Dès son arrivée, on est frappé par la discordance et la dissociation que l'on découvre chez lui, mais sur ce fond qui est celui de la schizophrénie se manifeste d'emblée une exaltation de l'humeur qui évoque une discrète poussée d'excitation maniaque. Il interpelle joyeusement les infirmières et le personnel à travers la salle. Il arbore un large sourire quand on arrive près de lui et garde cet air jovial pendant toute la conversation. Il a même tendance à imiter les attitudes des médecins et le ton mi-ironique, mi-sérieux avec lequel on s'adresse parfois aux malades.

Mais cet air joyeux nous parut d'emblée un peu forcé, un peu suspect. Il existait en effet, à côté de cette attitude ludique qui se rapprochait par certains côtés de l'attitude ludique des maniaques, un trouble réel du contact qui se traduisait par du négativisme, des barrages.

Un évènement vint nous révéler ce que cachait réellement cette attitude de jeu.

Un après-midi nous prenons avec nous ce malade dans notre voiture afin de l'emmener en consultation auprès du médecin-chef du service de Psychiatrie. Deux cents mètres plus loin, nous nous arrêtons devant la porte du service de psychiâtrie et à cemoment là, Mario ouvre la portière de la voiture et s'enfuit à toutes jambes. Il ne savait pas dans quel service il était conduit Arrêté presque tout de suite par un infirmier qui passait, il nous offrit le spectacle d'une profonde angoisse se demandant quel allait être son sort. Il nous révèla alors un délire avec des idées de transformation du monde extérieur et des fausses reconnaissances. L'angoisse provenait de l'étrangeté de cette expérience délirante bien que parfois il eut l'impression d'une transformation favorable du monde extérieur. Sa jovialité traduisait alors dans une certaine mesure le plaisir que lui causait cette impression agréable mais la sensation d'étrangeté était aussi présente et, elle, était génératrice d'angoisse : l'attitude ludique n'était alors qu'un masque. L'expérience délirante de transformation du monde était à l'origine de l'ambivalence aisément décelable de ses conduites ludiques.

En résumé, l'attitude ludique de ce schizophrène de vingt deux ans, était sous la dépendance directe de son expérience délirante. Elle était à la fois un masque et une compensation contre l'angoisse liée à l'expérience étrange que le malade ressentait en lui. Mais elle était aussi en rapport avec une certaine exaltation de l'humeur car la transformation du monde extérieur prenait parfois pour le malade un aspect très agréable.

OBSERVATION DE MICHEL O.... (planche n° 2 - C et planche n° 3 - A et C)

Michel O... est âgé de vingt trois ans. Sa dernière hospitalisation date du 9 Octobre 1966. Le certificat immédiat note : "hébéphrénie évoluant depuis plusieurs années. Hospitalisé à la suite d'une colère classique violente. Attitude discordante, sourires immotivés, troubles du cours de la pensée, ambivalence, sentiments de dépersonnalisation, dissociation profonde".

Michel a vécu son enfance dans une atmosphère familiale défavorable. Le père et la mère de l'enfant se sont séparés peu après le mariage et la naissance de l'enfant. L'enfant a vécu pendant plusieurs années avec la famille de sa mère à Tours.

Tout le monde gatait l'enfant, le choyait et sa mère ne montrait guère d'autorité envers lui.

Les troubles apparurent peu à peu avec une tendance à l'isolement, une hostilité vis à vis du milieu familial. Michel devint bientôt inapte à tout travail scolaire. Il restait des journées entières enfermé, chez lui à fumer cigarette sur cigarette ou à se livrer à des jeux solitaires et bizarres.

Dans le service, Michel passe son temps à déambuler dans le couloir de sa section. Il marche tête baissée, les mains dans les poches, parfois une cigarette au coin des lèvres. Il est pratiquement impossible d'avoir une conversation suivie avec lui, il répond par monosyllabes et présente des signes évidents de dissociation importante avec des sourires immotivés.

Quand il regarde la personne qui l'interroge il lève juste un regard goguenard, un très court instant, puis reprend son attitude. La seule chose qui semble l'intéresser, ce sont les cigarettes.

C'est toujours avec un certain air moqueur qu'il répond : "des cigarettes" quand on lui demande ce qu'il aimerait.

Les cigarettes occupent dans sa vie une place considérable. C'est parce qu'on lui en refusait chez lui qu'il a tout cassé avant sa dernière hospitalisation.

Une des rares choses qu'il aime également c'est le jeu de dames. Mais là aussi, on note dans sa façon de jouer des faits très particuliers.

Ainsi, il commence la partie avec intérêt et joue avec application, utilisant une tactique raisonnable et logique, mais si l'adversaire lui oppose une résistance efficace et parvient à prendre un certain avantage Michel se décourage très facilement. Il se met à jouer avec désinvolture et même désintérêt, adoptant une attitude de renoncement et de démission. On lui demande ce qui s'est passé, il ne répond rien. Un autre fait particulier consiste dans une certaine superstition de Michel ainsi il refuse de jouer avec des jetons de dame en matière plastique, prétextant qu'il perd toujours avec ces jetons. Il met une telle force à exprimer cette opinion que nous nous demandons si cette superstition n'est pas le produit d'une activité délirante sous-jacente.

La pratique du jeu de dames avec Michel semble améliorer la qualité de la "rencontre" avec lui, mais il n'a jamais été possible d'obtenir plus qu'un contact très superficiel.

En résumé, Michel est un hébéphrène qui présente également, malgré une dissociation avancée un goût marqué pour le jeu-distraction et en particulier le jeu de dames. Il présente depuis longtemps une inadaptabilité à l'effort. Lui aussi est attiré par le caractère de liberté et de gratuité du jeu. Mais cette attitude traduit aussi la perte des fonctions d'adaptation à la réalité et à l'effort.

L'observation de Michel montre aussi que la pratique d'un jeu avec lui ne permet pas facilement d'obtenir un vrai contact.

OBSERVATION DE BERNARD D.... (planche n° 2 - A et planche n° 3 - A. et B)

Bernard D... agé de trente deux ans a été hospitalisé pour la première fois en Mars 1961 à la suite d'une tentative de suicide. Elle avait été précédée, depuis environ six mois par des troubles du comportement avec tendance à l'isolement, inefficacité au travail (magasinier), multiple plaintes hypochondriaques.

Dès cette époque, le diagnostic de démence précoce est posé. Une cure de Sakel est pratiquée mais ne donne qu'une amélioration transitoire. Depuis, de nombreuses tentatives de sortie ont été faites et ont échoué.

Très rapidement, en dehors du milieu hospitalier, D... reprend ses babitudes d'incurie, passe ses journées allongé c; sort souvent la nuit et reste de longues heures dans un café de la ville à jouer aux échecs. Il est incapable d'effectuer le moindre travail. Depuis Février 1964, il n'est pas sorti.

Bernard a un frère jumeau qui est normal, sa mère s'est suicidé en 1948 après avoir été internée à deux reprises pour mélancolie délirante. Bernard n'a pas eu son certificat d'études et n'a reçu en fait aucune formation professionnelle. A vingt deux ans, il est parti en Guinée où il a séjourné pendant deux ans. C'est à son retour que les troubles sont apparus.

Dans le service, il est en général très "renfermé". Son attitude est le plus souvent rêveuse et lointaine. Comme d'autres schizophrènes il passe des heures à marcher tête basse dans les couloirs sans rien dire. Parfois il extériorise un délire paranoïde avec des thèmes multiples en particulier de persécution.

Au cours de certaines périodes d'amélioration, il est possible de le faire travailler à l'atelier de reliure mais il est difficile de le faire travailler longtemps d'une façon régulière. On retrouve donc chez lui une impossibilité de soutenir l'effort prolongé d'attention et d'assiduité que réclame un travail régulier et, au contraire, l'inclinaison au jeu.

Il nous a été donné également d'observer chez Bernard, habituellement assez morose, certaines bouffées d'enjouement avec tendance à l'ironie et même à l'humour. Nous l'avons constaté un jour dans des circonstances particulières.

J'étais allé visiter le foyer du service avec un infirmier dans le but d'observer les malades dans un endroit qui est justement destiné à les distraire et à les délasser. En fait, ce"foyer" avec son comptoir, sa télévision, ses petites tables, ressemblent beaucoup à une salle de café bien qu'on y serve ni boissons alcoolisées, ni excitants.

Le fait de me diriger vers le comptoir avec l'infirmier et de commander comme les malades une consommation abaissa peut être à ce moment là la barrière médecin-malade. Plusieurs malades vinrent nous saluer et engager la conversation avec nous.

PLANCHE III

Bernard et Michel
deux schizophrènes
jouent aux dames.

Le jeu d'échecs ou de dames
de Bernard

La passion des échecs et du
jeu de dames a été pendant
de nombreux mois la dominante
exclusive de l'"instinct vital"
de Bernard qui passait son temps
dans les cafés à jouer.

Michel O....
jouant aux dames.

A

B

C

Bernard vint aussi. Plutot de petite taille, maigre, il portait le costume de gros drap des malades de l'asile. Comme d'habitude, il gardait les mains dans les poches et se tenait un peu vouté.

Il vint spontanément à nous et ce fait, pour un schizophrène, est à souligner. Il nous salua et s'adressa ensuite surtout à l'infirmier qui m'accompagnait. Il s'adressa à lui de façon très familière, en le tutoyant comme un "copain". Surtout tout au long de la conversation, il conserva une attitude de plaisanterie familière teintée d'ironie et d'humour. Ironie quand, nous parlant de ses déboires à l'atelier de reliure où un infirmier "le maltraite", il nous dit : " je suis un idiot n'est-ce-pas ! Alors on peut me bousculer". Ironie encore à cause du ton et du sourire qui accompagne cette phrase et avant tout les mots : " je suis un idiot n'est-ce-pas !".

On retrouve typiquement dans cette phrase tous les éléments qui composent l'ironie pour J. Le Maux : expression inversée de ce que l'on pense en réalité (Bernard a une assez haute opinion de ses capacités intellectuelles) agressivité à l'égard de qui s'exerce l'ironie (l'infirmier qui le "persécute"). Ironie moins agressive et un peu anxieuse quand se tournant vers moi, qui venait de me joindre à la conversation il dit : " Attention ! Là c'est sérieux, c'est le médecin qui parle ! Que pensez-vous de mon état Docteur ?" Un sourire ironique accompagne cette question.

De même, c'est avec un certain humour qu'il dit à l'infirmier : "alurs, ce soir, tu vas inscrire sur ton rapport : Bernard D.... est ironique et agressive, n'est-ce-pas !".

Il semble que cette attitude de Bernard, attitude qu'il prend quelquefois mais qui contraste cependant avec sa tristesse habituelle, était due à plusieurs facteurs.

D'abord, sans doute, à une amélioration de son état ; ensuite, j'eus l'impression qu'en s'adressant à l'infirmier sur ce ton enjoué, il cherchait aussi à paraitre sous un jour favorable à mes yeux, d'autre part, pour me montrer qu'il allait mieux. D'autre part, il me sembla qu'il cherchait aussi à se revaloriser en adoptant pour exprimer ses sentiments une ironie et un humour assez fins.

Cet entretien fut également une occasion d'entendre Bernard exposé à nouveau son impossibilité de travailler. "La réadaptation" pour lui c'est de rester de longs mois oisif, être chez lui à ne rien faire, sinon à écouter des disques ou à lire. Sortir, aller dans des cafés jouer aux échecs et aux Dames, "c'est çà la vie dit-il".

En résumé, Bernard est atteint de schizophrénie paranoïde. Il présente d'une part, des attitudes ironiques intermittentes, parfois de l'humour. Ces attitudes semblent de façon assez évidente, des attitudes de compensation ou de lutte contre l'angoisse. D'autre part, il présente un gout indéniable pour les jeux d'échec et les jeux de Dames. D'une façon générale, il semble aimer tout ce qui est délassement et distraction alors qu'il s'adapte très mal à tout travail régulier. Ces faits correspondent sans doute à la perte de la"fonction du réel" de Janet avec persistance de l'activité dégradée qui est le jeu et les divertissements. Mais on peut aussi les interpréter comme un gout inné pour les jeux et le plaisir persistant mal gré le processus schizophrénique.

OBSERVATION DE PIERRE R.... (planche n° 4 - A.B.C.)

Pierre R.... est âgée de trente quatre ans; Il est hospitalisé depuis Décembre 1960. Le certificat immédiat notait à ce moment là : "démence précoce à forme hébéphrénique évoluant depuis plusieurs années. Ambivalence, flou de la pensée, discordance, hallucinations auditives, primaires et parasitisme idéatoire ; inefficiance au travail". L'affection semble avoir débuté six à sept mois avant son hospitalisation, du moins la dernière poussée. Il avait été hospitalisé une première fois en février 1960 et avait subi une cure de Sakel qui n'avait eu qu'un effet transitoire.

Pierre est l'ainé d'une famille de deux enfants. Son père est mort alors qu'il avait treize ans et il a toujours vécu avec son frère et sa mère. Il a fait de bonnes études secondaires, il est bachelier et a préparé le concours d'entrée à H.E.C. où il a échoué. Après son échec, il fait son service militaire en Allemagne et en Afrique du Nord. C'est à son retour à Paris après quelques mois de travail comme comptable que les premiers troubles apparaissent.

Dans le service, l'état de Pierre ne s'est guère modifié depuis son hospitalisation. Il parle peu, il répond d'une manière évasive aux questions, il s'isole volontiers. On observe chez lui un manièrisme important des mimiques parasites. Il a souvent des sourires immotivées et passe de longs moments à se regarder dans la glace. Sauf tout au début, il n'extériorise pas d'idées délirantes. Ainsi Pierre était de plus en plus enfermé dans son autisme et toute tentative d'ergothérapie, associée aux neuroleptiques avait échoué.

PLANCHE IV

Pierre R..... joue du saxophone.

Son état s'est relativement amélioré depuis son intégration dans l'orchestre.

A

B

C

Deux faits survinrent, il y a peu de temps, qui modifièrent de façon sensible la situation.

D'abord, un jour que l'on avait installé une table de ping-pong dans la cour de la section, on s'aperçut avec surprise que Pierre répondait avec relativement de la bonne volonté à une invitation de l'interne et acceptait d'échanger quelques balles avec lui. Il quittait ainsi pour la première fois depuis longtemps l'attitude figée qu'il avait.

Le second fait, plus important encore, fut la découverte des talents de musiciens de Pierre. En effet, on s'aperçut un jour qu'il savait jouer du saxophone. Il accepta assez facilement d'être incorporé dans la formation musicale du service. Il s'y comporte bien, observant scrupuleusement les notes, Mais de temps en temps, sans que rien le laisse prévoir, il ajoute au milieu du morceau une petite ritournelle personnelle qui vient un peu entamer la cohésion du reste de l'ensemble.

Quand il se permet ainsi une petite fantaisie, Pierre a souvent un petit sourire de satisfaction que nous avons pu saisir en photo.

Ces faits ont amené une meilleure adaptation de Pierre à la réalité et, depuis quelque temps il travaille régulièrement aux ateliers du service.

En résumé, l'observation de pierre est intéressante car ce schizophrène qui était resté très longtemps replié dans son autisme s'est sensiblement amélioré depuis qu'il est entré dans des structures de jeu. Ce fait semble souligner encore la puissance dynamique du jeu. L'expression musicale de cette activité ludique constitue aussi un élément intéressant de l'observation.

OBSERVATION DE FERNAND C... (Planche n° 5 - A et B)

Fernand C... est âgé de cinquante cinq ans. C'est un vieux schizophrène du service. Ses troubles ont commencé à l'âge de vingt six ans. Il présenta alors un délire paranoïde avec idées de persécution et agressivité marquée vis à vis de son entourage.

Les troubles s'aggravèrent progressivement et en 1954 on est obligé de lui faire une lobotomie. Celle-ci rendit le malade beaucoup moins agressif. Mais il se renferma dans son autisme. Jamais il ne fut possible de lui faire faire le moindre travail, il restait oisif des journées entières.

A côté de cette attitude négative, Fernand manifeste un intérêt incontestable et persistant pour certains jeux, les jeux de carte et le jeu de dames en particulier. Il y est d'une force redoutable.

On peut l'observer souvant faisant une partie de cartesavec trois autres malades, qui sont d'ailleurs souvent des schizophrènes. Il n'est pas commode de savoir qui engage la partie, qui invite les autres. Il semble pourtant que Fernand soit l'un des plus assidus à ces parties.

Au cours de la partie, Fernand est très pris par le jeu. Lui si muet et solitaire d'habitude, il lui arrive souvent d'invectiver un adversaire ou un partenaire pour l'inciter à jouer plus vite. On a pu également le voir tricher en essayant de lorgner le jeu de son adversaire.

Il ne se fait pas prier quand on lui propse une partie de Dame. Notre première partie avec lui nous valut une défaite sans discussion, mais il nous fut possible de voir avec quel sérieux et quelles technique il joue.

PLANCHE V

Fernand C..... vieux schizophrène dissocié, lobotomisé,
est un redoutable joueur de dames.

A

B

On l'entend marmonner entre ses dents des mots incompréhensibles car son langage est très dissocié. Au cours d'une autre partie de Dames avec lui, nous avons pu observer une autre attitude très significative. Fernand avait pris sur nous un avantage décisif et il aurait pu terminer la partie très rapidement. Au lieu de cela, il nous laissa reprendre un certain avantage. Quand nous le questionnâmes sur la raison d'une telle attitude, il nous répondit : " il faut laisser jouer l'adversaire."

En tous les cas, cette attitude traduisait un profond intérêt pour le jeu puisqu'il le prolongeait à plaisir. Il tenait aussi peut être à marquer de façon encore plus nette sa supériorité sur nous.

En résumé, l'observation de ce schizophrène évoluant déjà depuis de nombreuses années, dissocié, lobotomisé, vivant dans une perpétuelle oisiveté nous permet de constater chez lui la persistance d'un intérêt remarquable pour certains jeux. Nous l'interprétons comme la persistance chez lui, malgré la désintégration schizophrénie, que d'un instinct primaire de jeu. Mais ce jeu semble aussi avoir chez Fernand la signification d'un moyen de s'affirmer. Le fait qu'il ne veut plus jouer avec un plus fort que lui semble en faveur de cette hypothèse.

OBSERVATION DE JACQUES M... (planches n° 6 et 7)

Jacques M... est un pupille de l'Assistance Publique. Il est né le 6 Juillet 1937. Sa mère était d'origine espagnole. Pendant toute sa jeunesse, Jacques a été sous la tutuelle d'une "marraine". Cette femme assez âgée, intelligente, d'une bonne éducation a veillé sur lui un peu comme une mère, mais une mère protectrice à l'excès, couvant l'enfant, lui passant tous ses caprices quand il était chez elle.

Cette attitude se poursuit encore à l'heure actuelle vis à vis de Jacques qui a maintenant trente ans.

Pendant sa jeunesse, Jacques fut également placé dans différents centres de pupille de l'Assistance Publique et dans des centres d'apprentissage.

Sa première hospitalisation dans le service de Psychiatrie du Centre Hospitalier de Tours survint à l'âge de dix huit ans. Le certificat immédiat du médecin chef note alors :
"Déséquilibre mental caractérisé par de l'instabilité, de l'indifférence au travail, des tendances à la facétie et aux jeux, à la fugue".

Cette hospitalisation est de courte durée mais une nouvelle hospitalisation est nécessaire six mois plus tard en Janvier 1956. Le certificat note alors :
"Déséquilibre psychique avec inadaptabilité sociale. Indifférence souriante, Schizoïdie, indolence et oisivité avec refus de travail".

Cette hospitalisation avait été motivé, alors que Jacques était dans un hospice de la région, par des troubles du comportement avec refus d'alimentation, refus de travailler et réactions agressives. Ce deuxième internement dura dix huit mois. Il permit d'observer chez lui un comportement très particulier qui posa au médecin chef le problème de la nature même des troubles dont il était atteint.

Le comportement de Jacques durant cette période se révèle en effet être essentiellement un comportement ludique tout à fait remarquable.

Le centre de ce comportement paraît être le ballon, ou plutôt les ballons car il lui en faut deux. Il se livre alors à de véritables exercices de virtuose et celà pendant des heures et des heures. Il s'amuse à faire tourner indéfiniment le ballon sur son index. Il fait tourner et rouler son ballon d'un bras sur l'autre en le faisant passer derrière sa tête, sur sa nuque. Il le fait rouler sur son dos et le rattrape avec les pieds en se mettant brusquement sur les mains, les pieds en l'air. Il jongle avec le ballon en le faisant sauter sur un morceau de bois tenu dans sa bouche. Il se livre à toutes sortes d'exercices d'adresse avec deux ballons à la fois.

Il joue au basket mais il s'avère bientôt que le résultat de"l'équipe" importe peu pour lui. Ce qui l'intéresse, c'est l'adresse pour réussir les "paniers", sa propre adresse. Il ne s'incorpore pas du tout au jeu d'équipe.

Le ballon n'est pas sa seule passion. Il apprend à marcher sur les mains et fait ainsi six ou sept fois de suite le tour de la grande cour du service. Il ne se lasse pas de jongleries et d'exercices d'adresse variés et compliqués pour lesquels il montre des dons indébiables. Il introduit le "houla-hoop" dans le service.

Ce sont certains caractères propres au déroulement de toutes ces activités ludiques qui, avec certaines bizarreries de son comportement, font penser alors au médecin qu'il s'agit d'une schizoïdie très prononcée et peut être même d'une schizophrénie au début.

Jacques, en effet, se retranche dans ces attitudes et ces activités de jeu. Le jeu et surtout les jeux d'adresse individuelle semblent être son seul objectif dans la vie.

Il ne se livre pas volontiers à des jeux de compétition avec d'autres malades qui impliquent un échange. Il paraît alors jouer pour lui-même et pour son seul plaisir personnel. Il se refuse à faire des exhibitions, il fait ses exercices de préférence seul dans un coin. Surtout il aime s'y livrer quand bon lui semble, sans s'astreindre à un horaire précis. Mais une fois engagé dans son "jeu", il s'y livre entièrement, exclusivement. Quelques personnes privilégiées, le médecin et certains infirmiers parviennent à lui faire faire ses démonstrations sur commande, mais c'est seulement pour eux qu'il consent à se "fournir" ainsi. Par ailleurs, il refuse formellement de participer par une exhibition à la kermesse annuelle du service.

Certe, on ne peut manquer de reconnaitre dans ce "jeu" si particulier de ce malade des caractères que nous avons déjà relevés dans notre étude sur le jeu en général, à propos du "ludisme" de P. Abely ou du "ludus" de R. Caillois. Caillois, on l'a vu, désigne sous le nom de "paidia" la tendance primitive de l'homme à jouer, il fait du "ludus" "une tendance complémentaire inverse à quelques égards mais non à tous, de sa nature anarchique et capricieuse, un besoin croissant de se plier à des conventions arbitraires impératives et à dessein gènantes, de le contrarier toujours davantage en dressant devant elle des chicanes sans cesse plus embarassantes afin de lui rendre plus malaisé de parvenir au résultat désiré, celui-ci demeurant parfaitement inutile". Dans le cas de Jacques, "les chicanes de plus en plus embarassantes" n'étaient certes pas ses horaires qui variaent au gré de sa fantaisie. Les "chicanes" se sont les multiples difficultés qu'il s'ingénie à introduire dans ses tours et ses jeux d'adresse. Mais ce "ludisme", à côté de ces caractères généraux et pour ainsi dire normaux, revêt chez Jacques un caractère "bizarre" du fait même de ces excès.

En fait, il parait chercher une réussite idéale qui ne vient jamais. En même temps on note chez lui d'autres fantaisies dans son comportement. Il lui faut absolument des"short" pour pouvoir s'exposer au soleil. Et il reste de longues heures ainsi, en petite tenue à se faire dorer au soleil dans les cours du service.

En permission chez sa marraine il décide un jour de se raser le crâne pour pouvoir porter une perruque : sa marraine est prête à lui en acheter une, finalement il s'en fait une lui-même en cousant des crins noirs sur une toile de sommier.

Par ailleurs, Jacques n'éprouve aucune inclinaison pour un travail régulier et productif. Il faut sans cesse marchander pour qu'il accepte de travailler aux ateliers. En échange il faut lui procurer ses "short" quand il décidé d'en changer, ou des ballons. Dans son travail, à l'atelier de ferronnerie, il fabrique des systèmes à la fois étranges, compliqués et enfantins, telle une bizarre"machine à faire des trous".

Il se livre également très volontiers à d'autres exercices : dessins, croquis, portraits d'autres malades et surtout il aime sculpter des petites figurines dans le bois. Ces figurines ont souvent un caractère étrange, comme l'oiseau reptile, dont nous reproduisons la photographie. On y trouve également un souci du petit détail et du fignolage comme on le voit dans les productions des schizophrènes. Mais là aussi il est impossible d'obtenir de Jacques une production suivie. Il est rebelle à toute contrainte, tout programme imposé.

Ses jeux, ses productions sont comme un champ clos. Il y évolue sans se soucier de la réalité extérieure, au gré de sa fantaisie et de son inspiration. C'est essentiellement le caractère fermé et exclusif de cet univers ludique de Jacques, opposé à son inadaptabilité à tout

travail régulier qui a fait poser chez lui le diagnostic sinon de schizophrénie confirmée, du moins d'un "état limite" très proche et d'autant plus intéressant.

Dix huit mois d'hospitalisation amène une amélioration dans son état et il sort.

Il accepte alors de rentrer dans un centre d'apprentissage accéléré et de passer le C.A.P. de serrurier pour remercier le médecin chef de ses bon soins, mais il ne promet pas d'exercer ensuite ce métier.

Neuf mois après sa sortie il écrit la lettre suivante au médecin-chef du service, lettre que nous jugeons utile de reproduire en entier:

" Docteur,

Je vous envoie ces quelques mots en espèrant que vous me comprendrez. Je voudrais que vous me repreniez chez vous dans votre établissement.

Vous m'avez donné ma dernière chance en allant à VEIGNE (le Centre d'Apprentissage). Je me suis conduit comme il fallait. J'ai réussi pour vous faire plaisir. C'était la seule récompense que je puisse vous offrir en remerciement de tout ce que vous avez fait pour moi lors de mon séjour chez vous.

Je voudrais continuer à jouer au ballon. Labàs c'était l'idéal. Dans dix ans je deviendrai un jongleur du tonnerre. Je vous assure c'est cà qui me plait. Laissez moi ma chance de réussir. Je sais que je vous ai assez cassé les pieds pour vous demander quand je sortirais Docteur mais maintenant je vous demanderai simplement la permission de me mettre en short l'été. En attendant votre réponse ou de vous revoir le plus tôt possible, recevez, Docteur, mes sentiments respectueux.

Jacques M. "

La réponse du Médecin-chef fut celle-ci :

" Mon cher ami,

Je suis disposé à te reprendre dans mon service à condition que tes fantaisies soient assez limitées, mais je ne veux pas te reprendre sans un certificat médical d'hospitalisation....etc..."

Jacques envoie alors une seconde lettre que nous reproduisons également en corrigeant quelques fautes d'orthographe au demeurant peu nombreuses :

" Docteur,

Je vous remercie de votre lettre qui est amicalement écrite. Je voudrais vous demander qu'entendez-vous par fantaisie limitée, que vous me laisseriez plus le droit ou la possibilité de jouer au ballon, de me mettre en short dans la cour, de sauter à la corde ou de marcher sur les mains. Je ne crois pas que je puisse nuire à quelqu'un en faisant cela. Puisque je retourne chez vous pour cela, car c'est le coin idéal grâce à vous. Mais si vous m'enlevez votre aide et votre grâce il ne me reste plus qu'à mourir. Dites-moi ce qui vous a déplu sur moi lorsque j'étaits chez vous et j'essairai de l'éviter.

Ne croyez pas que c'est de l'enfantillage ou crise d'adolescence, mais au contraire du sérieux.

Je termine en gardant une amicale pensée de vous.

Jacques M."

Jacques est donc hospitalisé une troisième fois. Cette dernière hospitalisation va durer quatre ans et demi pendant lesquels sont comportement sera le même que lors de sa précédente hospitalisation.

Les lettres précédentes prouvent, s'il en était besoin, que l'athmosphère"ludo-thérapique" du service de psychiatrie était tout à fait satisfaisante et que Jacques M... l'avait beaucoup apprécié lors de ses précédents séjours. Ellessont aussi un bon exemple non pas d'ironie qui en est totalement absente, mais d'humour involontaire il est vrai. Car Jacques est sincère en écrivant ses lettres. Un entretien récent avec lui a permi en effet, de préciser certaines données relatives à sa "passion" du jeu.

Après sa dernière sortie du service en Septembre 1962 il a essayé d'exercer différents métiers ou d'en apprendre d'autres. Il a été barman, puis a été employé par une entreprise de restauration des monuments historiques où le travail lui plaisait assez à cause de son côté artistique, mais où il n'est pas resté car les normes imposées ne lui convenaient pas ; il a suivi des cours aux Beaux-Arts, a voulu à une certaine période être gardien de moutons ; finalement, il a réussi à passer un concours d'entrée au P.T.T. pour être facteur. Mais au moment d'une visite d'embauche, une tuberculose pulmonaire est découverte en 1966. Il est soigné chez sa marraine qui veille toujours sur lui avec dévouement. Actuellement, il est amélioré, tant au point de vue de sa tuberculose qui évolue favorablement sous traitement, que du point de vue psychique. Il se sent, dit-il, beaucoup plus stable. J'ai acquis de la maturité dit-il. Il a trente ans.

PLANCHE VI

Jacques M... le jongleur

"une discrète ironie avec un air de souriante nonchalance..."

A

B

Cependant, on reste frappé car il persiste chez lui une façon très particulière de s'exprimer. Les idées qu'il émet ont en effet souvent une signification phylosophique, religieuse, artistique, qu'il ne parvient pas malgré ses efforts à exprimer clairement. Il y a d'autre part un contraste entre le fond de la pensée qui parait souvent sérieuse et la forme sous laquelle elle est exprimée, teintée d'une discrète ironie, avec un air de souriante nonchalance. Mais, actuellement, on ne distingue pas de trouble important du contact avec autrui.

Ce sont surtout les révélations qu'il nous fait sur son état d'esprit lors de ses précédentes hospitalisations, qui sont intéressantes.

On se rend compte ainsi que, pour lui, ses "jeux" se déroulaient dans une atmosphère très particulière. Il nous explique qu'en fait il avait un but : celui de devenir un jour jongleur professionnel. Mais il voulait devenir un jongleur de valeur et c'est pourquoi il "s'entrainait" sans cesse à des tours de plus en plus compliqués. C'est pourquoi, il répondait parfois, quand on l'interrogeait: "j'en ai pour dix ans d'entrainement", sans vouloir donner d'autres explications. C'est pourquoi il avait demandé au chef de service à être réinterné pour pouvoir se livrer librement à ses exercices "Dans dix ans je serais un jongleur du tonnerre". Nulle part ailleurs il ne pouvait trouver un endroit plus commode pour son "entrainement" ! Ni entourage aussi compréhensif ! On voit quelle coupure avec la réalité impliquaient ses ambitions. Car, au fur et à mesure qu'il poursuit ses explications, la véritable dimension de celles-ci nous apparait. C'est aussi l'époque nous dit-il, où j'étais amoureux du soleil. Il nous explique qu'il ne s'agit pas d'une simple expression de langage, mais qu'il portait alors une réelle Passion au Soleil.

Il s'agissait d'un sentiment quasi mystique. C'est pourquoi il prenait tant de soin à exposer son corps à ce Soleil, pendant des heures et des heures. Mais ce n'est pas tout. Cette sorte de Culte qu'il rendait ainsi au Soleil n'était pas sans rapport avec son ambition de devenir jongleur. Il fallait que tout soit en Harmonie nous dit-il. Il fallait que son corps mince et élancé fut doré pour être à l'echelle des prouesses qu'il espèrait accomplir. En considèrant l'acharnement qu'il mettait à s'entrainer et le but toujours fuyant qu'il ne parvenait pas à atteindre, on a l'impression qu'il visait rien moins que la perfection.

Il espèrait peut-être incarner un jour le Jongleur avec, comme idéal, et inspirateur de ses prouesse, le soleil éclatant.

Il nous dit alors que ses exercices d'adresse n'étaient pas véritablement un "jeu" au sens de délassement. Il se forçait nous dit-il pour s'entrainer ainsi Ces affirmations paraissent à première vue contre-dire la première impression que donnaient ses "jeux", l'impression d'un "ludus" gratuit et inutile, pour le seul plaisir de celui qui l'exerce. Mais, à ce sujet, deux remarques importantes s'imposent.

D'abord, il nous semble évident qu'il y avait chez Jacques une tendance ludique profonde spontanée. Ses dons, son gout pour les jeux d'adresse, la constance avec laquelle il s'y livra pendant une longue période, semblent le prouver suffisamment. D'autre part, il nous semble qu'à l'époque de ses internements, il présentait un ensemble de croyances et d'ambitions où se mèlaient son désir de devenir un brillant jongleur, son culte pour le soleil et qui aboutissaient à un système de vie complètement coupé du monde réel.

Cet ensemble était peut être le noyau d'un délire vague et mal systématisé en train de se constituer d'un délire comme on en rencontre dans les schizophrènies au début. Ces éléments délirants se seraient greffés sur des tendances ludiques profondes et en rauraient été en même temps un moyen d'expression, aboutissant à la symptomatologie très particulière de ce malade. Tous ces éléments associés à l'inadaptabilité sociale de Jacques, aux autres traits du caractère schizoïde et au fait qu'il s'agit d'un sujet typiquement "leptosome" ont fait porter chez lui le diagnostic d'une forme fruste de schizophrénie.

Lors de sa dernière visite Jacques M... nous confie un autre fait intéressant. Il nous dit que, pour lui, au moment de ses internements, sa véritable distraction était sa production artistique. Ses croquis, ses peintures étaient son véritable délassement avec ses sculptures sur bois. Il nous dit qu'il s'y livrait quand il était fatigué de ses exercises d'adresse. L'activité artistique était pour lui alors un véritable besoin, comme "une drogue" nous dit-il. Cette activité avait alors pour lui tous les caractères de liberté, de gratuité et de délassement comparée à l'activité "obligatoire" que constituaient ses jeux d'adresse, jeux qui étaient en fait un entrainement pour devenir jongleur. Cette activité artistique lui permettait de se retrouver, de se recréer. Mais au fond, cette activité avait pour lui le même résultat que le jeu chez l'adulte normal. Nous pensons aussi que la même tendance ludique profonde était a la base de son gout pour les jeux d'adresse et de son activité artistique. On voit que le cas de Jacques M... pose aussi d'une façon très nette le problème des rapports entre l'art et le jeu.

Résumé de l'observation de Jacques M..

Il a été hospitalisé à plusieurs reprises depuis l'âge de dix huit ans pour des troubles du comportement à type d'inadaptibilité à la vie sociale, de refus d'alimentation et assez rarement de quelques réactions agressives. Dans le service, il présentait une activité ludique remarquable, exerçant d'innombrables tours d'adresse avec des ballons et d'autres objets avec lesquels il jonglait sans cesse.Cette activité de jeu était caractéristique par son caractère volontiers solitaire. Elle donnait l'impression d'un système clos dans lequel le malade évoluait à l'abri du monde réel.

L'étude plus approfondie du cas nous a montré qu'il y avait à la base de cette activité ludique, qui contrastait par ailleurs avec l'impossibilité d'effectuer un travail suivi, des tendances ludiques très profondes mais aussi quelques éléments délirants assez flous comme on en rencontre dans les schizophrénies au début. D'autre part, ce malade avait une activité artistique assez importante à laquelle il reconnaissait lui-même des qualités de loisir distrayant.

Le jeu et les activités artistiques du schizophrène.

Nous avons vu dans le cas de notre malade Jacques, que, chez lui, son activité artistique constituait sa distraction essentielle. Elle avait la même fonction de récréation que le jeu ordinaire pour l'homme.

Robert Volmat est l'un de ceux qui ont le plus étudié l'art psycho-pathologique. Il écrit : "le rapprochement de l'art et du jeu est une des idées classique de l'esthétique. Les phénomènes de déplacement sont aussi fréquents dans le jeu que dans le rève, déplacements plus stables, mais encore hésitants, où les tendances s'exercent et cherchent des objets sans s'y fixer encore".

Baudouin, dans sa"Psychanalyse de l'art" , écrit : "le symbole esthétique, représente un complexe en évolution qui essaie de s'assimiler de nouveaux éléments et ceci à la faveur de déplacements plus ou moins fugitifs ou durables. Or, dans ces tatonnements, il y a une part du jeu. Le jeu procède de tendances peu fixées qui hésitent en gardent de ce fait, à l'égart de l'objet, une certaine capacité de choix, une liberté qui forment précisément le lien commun entre lui et l'art. Cette liberté retrouvée au niveau des images, par la pratique de l'art, ouvre le cercle de la psychose et commence à tenir en échec son déterminisme rigoureux".

D'une façon générale, l'art remplit une fonction de synthèse mentale qui le rapproche aussi du jeu. L'art et le jeu peuvent avoir tous les deux la valeur d'une catharsis.

Nous voulons rappeler brièvement les principaux caractères de l'art schizophrénique. Tout d'abord, ses dessins sont volontiers "bourrés" et Volmat ajoute : "Il faut aussifaire la part de l'activité ludique, le plaisir à jouer envahissant complètement la représentation".

Le souci du détail, le "fignolage", sont aussi très caractéristiques. Si le schizophrène retouche à son tableau c'est presque toujours pour rajouter un nouveau détail. Il y a une recherche constante de l'équilibre et de la symétrie. Si l'on associe à ce fait la tendance au géométrisme et le gout pour les encadrements, on peut se demander s'il n'y a pas un certain rapprochement à faire avec le gout du schizophrène pour les jeux de Dame. Les dessins et tableaux schizophréniques ont une grande valeur symbolique. Volmat écrit à propos :

" Les modifications apportées par la couleur : la structure des dessins perd sa rigidité et s'assouplit. Elle va des taches inorganisées faites par jeu, pour le plaisir de tacher et pour jouir de la création de formes vagues, floues et mouvantes, à des compositions plus harmonieuses où, loin des deux dimensions, la perspective s'intègre avec justesse et à propos".

Ainsi, il y a vraisemblablement dans les oeuvres artistiques de certains schizophrènes une tendance ludique. Par contre, chez d'autres, leur production picturale est vécue comme un travail important et un devoir. C'est le cas, dans notre service, d'un malade qui peint beaucoup et qui, dans la mesure où nous avons pu comprendre un peu son langage dissocié, nous a revélé que c'était pour lui une tache à accomplir et non un jeu. (planche n° 7).

PLANCHE VII

Objets sculptés en bois par Jacques M....

Ces réalisations artistiques "bizarres"

étaient pour lui son véritable "divertissement".

A

B

C

Conclusions de nos observations cliniques

Nous avons présenté d'abord l'observation d'un cas d'autisme infantile précoce. L'activité ludique de cette fillette met surtout en relief l'importance du retard psycho-moteur, le blocage des fixations libidinales au stade oral et des troubles de la marche et des mouvements qui font évoquer des troubles du schéma corporel.

Pour les observations de schizophrènes adultes, nous avons relevé les faits suivants :

- Il semble que l'on puisse au point de vue séméiologique distinguer, comme nous l'avons vu dans l'étude générale du jeu, d'une part, les manifestations du jeu-dérision, d'autre part celles du jeu-distraction.

- Pour le jeu-dérision, nos observations concordent avec les études des autres auteurs. Les manifestations en sont très variées mais la plus typique est l'ironie.

  Ces attitudes ludiques qui ne sont qu'une des techniques de la dérision en général, sont le plus souvent des attitudes de compensation et de lutte contre l'angoisse.

- Pour le jeu-distraction, nos conclusions sont moins négatives que celles de Paul Abely pour lequel il n'y a chez le schizophrène aucune possibilité d'un jeu normal spontané.

- Nos observations nous ont montré que certains schizophrènes conservent spontanément un goût fondamental pour le jeu-distraction. Il s'agit en général de jeux de carte, de dames ou d'échecs.

Nous interprétons ces faits par la persistance chez ces malades malgré la dissociation schizophrénique, d'un instinct fondamental de jeu qui était peut être déjà fortement marqué dans la personnalité du sujet avant sa maladie.

L'existence presque constante dans ces cas d'une inadaptabilité à tout travail régulier nous fait penser que le schizophrène est particulièrement attiré par les caractères de gratuité et de liberté qui sont attachés au jeu.

L'expérience délirante vécue par le malade peut inclure à notre avis toutes les formes de jeu qui en deviennent alors une expression.

Le jeu n'est pas un moyen simple d'entrer en contact avec le schizophrène. Celui-ci peut utiliser la forme du jeu même comme moyen de défense.

INTERET THERAPEUTIQUE DES CONNAISSANCES SUR LE "JEU" DES SCHIZOPHRENES.

Nous voulons,dans ce dernier chapitre, rappeler quelles peuvent être les conséquences thérapeutiques d'une meilleure connaissance des "attitudes de jeu" du schizophrène. Nous ne voulons pas passer en revue toutes les psychothérapies des schizophrènes qui se développent beaucoup depuis ces dernières années, ni reprendre dans le détail le problème de la psychothérapie de groupe. Nous voulons seulement essayer de voir comment l'on peut utiliser à des fins thérapeutiques "les attitudes de jeu" du schizophrène mais aussi le jeu en général.

De notre étude, nous pouvons déja retenir deux éléments, d'ailleurs, bien connus. Du côté du schizpphrène d'abord : nous avons vu amplement que, d'une façon générale, ses "attitudes de jeu" appartiennent le plus souvent au domaine du jeu-dérision. Ces manifestations ludiques sont très variées dans leur expression (expression gestuelle, verbale ou artistique) mais elles recouvrent souvent une angoisse profonde. Ces manifestations ludiques sont donc des défenses contre l'angoisse dont la cause réside dans l'inconscient du sujet. Il peut s'agir, par exemple, d'une frustation survenue dans les tous premiers stades de développement du psychisme. Etant une défense, ce jeu-dérision du schizophrène, malgré tous ses éléments négatifs, doit être retenu et analysé avec soin. En effet, il exprime que l'indifférence schizophrénique n'est pas aussi totale qu'elle le parait. Il y a une faille où il faut s'acharner pour essayer de trouver un contact.

Du côté du jeu en général, il faut se rappeler sa fonction symbolique, qui est fondamentale. Depuis l'enfance, l'être humain on l'a vu se sert du jeu pour exprimer plus ou moins consciemment ses problèmes et ses affects profonds. Cette "manipulation" des problèmes inconscients à l'aide du jeu permet non seulement de les exprimer sous une forme symbolique, atténuée et inoffensive, mais aussi par la même de les maitriser, de maitriser l'angoisse qui les accompagne. Le jeu permet aussi la réparation symbolique des frustations subies dans la réalité. Le jeu de l'enfant est la clé de son inconscient, les psychanalyses d'enfants ont montré quel instrument précieux d'interprétation et de traitement il constitue (25 - 51).

Il semble bien que l'une des plus belles conséquences thérapeutiques de l'utilisation des données précédentes dans le domaine de la schizophrénie ait été obtenue par Mme Séchehaye (70). Dans son livre "Introduction à une psychothérapie des schizophrènes" elle exprime avec beaucoup de clarté et de vigueur l'importance qu'il faut attacher à certaines attitudes de "dérision" du schizophrène. Elle écrit :

"Chez les chizophrènes, la prise de contact à une importance de premier plan et sa réussite constitue déjà une victoire sur l'imperméabilité autistique. E. Bleuler, dans sa conception géniale de la notion de schizophrénie, avait attribué un rôle capital aux "relations avec l'ambiance".... Minkowski alla plus loin et fit de la notion de "perte de contact vital avec l'ambiance " le trouble essentiel de la schizophrénie d'où découlent tous les autres symptômes... Néanmoins si imperméable que paraisse le malade aux contingences extérieures, au fond de lui il peut encore réagir affectivement aux avances qu'on lui fait,

La preuve de sa capacité affective à vibrer réside justement dans les divers mécanismes de défense qu'il oppose à autrui. Si vraiment il ne sentait rien, il ne se défendrait pas, sa propre insensibilité le protégerait suffisamment. Au contraire le schizophrène est vulnérable au regard d'autrui et, dans certains cas, ce regard le bouleverse, l'inquiète, le désarçonne ou le dérange...

J'en viens à un mode de défense contre le contact, bien caractéristique chez le schizophrène, mode que j'appellerai conduit par l'absurde. On le rencontre, me semble-t-il plus particulièrement chez les hébéphrènes. Ce sont ces malades qui exécutent toutes sortes de gestes désordonnés, sans aucune signification, ni finalité compréhensible, qui poussent des cris stridents, éclatent de rire, émaillent leur conversation de coq-à-l'âne, de calembours et de néologismes, émettent des plaisanteries à caractère sexuel ou scatologique... Dès qu'on veut aller plus loin, dépasser cette zône de vide pour essayer de pénétrer dans une couche affective plus authentique, on se heurte à une fin de non-recevoir déterminée, quoique exprimée d'une manière clownesque. Le malade éclate de rire fait une ou deux cabrioles, se moque de nous par une plaisanterie ironique ou scabreuse et se retranche derrière le jeu de ses imaginations. Et pourtant ces manifestations qui offrent toute l'apparence d'une dissolution schizophrénique constituent par fois une simple fonction de défense contre le contact authentique avec autrui.

Le malade de ce genre se refuse à retrouver une vie intérieure où il risquerait de devenir la proie d'affecte plus ou moins intenses... Il fuit alors dans le seul jeu de son imagination devenant un pitre pour lui même et pour les autres".

Ainsi Mme Sechehaye montre bien la valeur de défense des attitudes ironiques et ludiques du schizophrène et par conséquent leur grande valeur dans le problème du contact avec le malade.

D'autre part, il nous semble que sa méthode de la réalisation symbolique de traitement des schizophrènes emprunte aux jeux des éléments fondamentaux. Elle s'adresse au schizophrène selon le mode prè-symbolique magique. Elle vise a atteindre les motivations inconscientes et les frustations qui sont à la base de la maladie. Elle utilise donc le symbole, comme le jeu. Madame Sechehaye donne des pommes à sa malade Renée pour représenter le lait maternel. Mais pour que le symbole soit parfait elle doit aussi faire le geste de prendre la malde sur son sein, en somme de "jouer" à la "maman". Certes on peut considérer qu'il ne s'agit pas d'un vrai jeu puisqu'il n'a pas de valeur distractive, qu'il n'est pas gratuit, ni spontané. Nous pensons cependant que cette méthode thérapeutique des aspects et des fonctions fondamentales du jeu comme instrument thérapeutique.Mme Sechehaye est obligée d'adopter avec sa malade l'attitude que prend une mère avec son enfant mais aussi de même attitude qu'une petite fille jouant à la maman avec sa poupée. Et, sans doute, les symboles que la fillette met plus ou moins consciemment à ce moment là dans son jeu avec sa poupée sont au moins aussi riches de signification profonde que les symboles utilisés volontairement par Mme Sechehaye vis à vis de Renée.

De même pour représenter à Renée les frustrations qu'elles a subies quand sa mère lui préférait ses frères et soeurs, Mme Sechehaye utilise de petites poupées représentant ces frères et soeurs et Renée et elle "joue" à se comporter avec ces"jouets représentatifs" comme la mère de Renée aurait dû le faire avec ses enfants.

De même pour reconstituer le moi de Renée, elle utilise une poupée, un jouet, "le bébé Ezechiel" qui représente Renée et auquel celle-ci s'identifie. Là encore, elle "joue" à "la bonne maman" avec ce jouet symbolique. Et à ce sujet, Mme Sechehaye écrit :
"Ces deux mécanismes fondamentaux de la projection des besoins et des désirs sur le modèle Ezéchiel et de l'imitation de la mère analyste, furent utilisés pour chacun des stades ultérieurs de la reconstruction du moi".

" Il est du plus haut intérêt de voir que par l'intermédiaire du processus de participation pré-symbolique à un modèle externe, la malade a pu restructurer l'image corporelle et l'intégrer dans sa fonction de lien existentiel avec le monde environnant. En fait Renée a réexpérimenté la phrase du miroire à travers son sosie le bébé Ezechiel". Les processus de projection, de participation, d'introjection que met en jeu la méthode de la Réalisation Symbolique sont des processus fondamentaux qui interviennent dans les jeux de l'enfant Et Mme Sechehaye le dit bien : n'importe qui ne peut pas appliquer sa méthode. " Les psychiâtres et psychothérapeutes doués d'une sensibilité particulière, ceux qui sont capables de se dépouiller de leur mentalité d'intellectuel et d'adulte pour aborder le malade avec leur "je" existentiel et infantile, parviendront plus facilement que les autres à pénétrer l'âme des schizophrènes".

Ainsi, la méthode de la Réalisation Symbolique nous parait réaliser à l'état presque pur, l'utilisation thérapeutique, parfaitement adaptée à la schizophrénie de certains éléments fonctionnels et symboliques du jeu, et en particulier du jeu de l'enfant.Mais cette méthode est difficile à appliquer du fait même des nombreuses conditions qu'elle nécessite.

Mme Sechehaye souligne la nécessité d'une formation psychanalytique approfondie associée à une initiation très sérieuse à la psychologie infantile. On a vu quelles conditions de sensibilité elle réclame de la part du thérapeute. Il faut aussi une certaine intuition "pour sentir" sous les manifestations désordonnées et stéréotypées des malades, sous leurs expressions absurdes, leur mutisme ou leur négativisme, les désirs et les besoins profonds qui se cachent".

Enfin, un facteur capital pour la réalisation d'une telle méthode, est le facteur temps. Le thérapeute doit pouvoir consacrer un temps énorme à la reconstruction du moi du malade. Tous ces impératifs sont autant de limites à la diffusion d'une telle méthode.

Il nous faut signaler ici, pour rappel, deux méthodes thérapeutiques, qui elles aussi, même si elles ne font pas appel à un jeu spontané, libre et gratuit du malade, nous paraissant contenir tout de même quelques éléments qui ont d'étroits rapports avec certains aspects et certaines fonctions du jeu. C'est d'abord le cas de la psychothérapie de Rosen qui utilise "l'analyse directe" (30). Dans cette psychothérapie, Rosen est souvent amené à"jouer" un rôle devant le malade : il devient "un personnage" du vécu délirant du malade ou de sa vie réelle. Il s'agit ainsi d'une véritable "expression dramatique" des conflits profonds du sujet.

C'est aussi le cas du psychodrame analytique et du psychodrame de groupe (59). Certes, là aussi, il y a en quelque sorte absence de liberté et de spontanéité du jeu puisqu'il s'agit d'une mise en scène voulue, d'un "jeu scénique" provoqué chez le malade. Ce jeu, si jeu il y a, est étroitement dirigé. En fait, les éléments fondamentaux de cette méthode sont encore la possibilité pour le malade d'une expression dramatique et symbolique de ses affects profonds, la possibilité aussi de "jouer un personnage" qui fait appel aux tendances profondes de la "parade", de la "mimicry".

Nous n'avons pas l'expérience personnelle du psychodrame mais il nous semble que si les malades, schizophrènes ou autres, se prètent assez volontiers à cette expérience, c'est parce que, malgré son manque apparent de spontanéité, elle comporte encore quelque chose qui fait qu'elle est un "jeu". A ce propos, on peut faire une remarque très générale : à partir du moment où on décide d'utiliser le jeu ou certaines de ses composantes fonctionnelles dans un but thérapeutique, ceux-ci perdent plus ou moins leur caractère de gratuité, de liberté et de spontanéité. On est obligé de créer des systèmes et des formes qui donnent aux manifestations ludiques qu'elles supportent ou qu'elles suscitent un certain caractère artificiel. Mais il faut bien distinguer que ces formes artificielles que revêtent alors les manifestations ludiques sont en définitive destinées à faire retrouver une véritable spontanéité au malade, la seule spontanéité qui compte vraiment au point de vue thérapeutique, celle de l'expression des conflits et des tendances profonds.

Il n'est pas sur non plus que le formalisme artificiel du jeu thérapeutique imposé ne puisse pas s'accorder parfaitement avec la tendance complémentaire de l'instinct fondamental de jeu, tendance que Roger Caillois appelle le "ludus" et qui est un besoin constant de l'homme de multiplier les règles et les obstacles pour son activité ludique.

Nous avons vu dans nos observations que certains schizophrènes conservent, malgré leur maladie, un goût pour le jeu-distraction. Ce fait soulève le problème des indications thérapeutiques de ce jeu distraction. En fait, il s'agit de ce que Paul Abely et Charles Melman appellent la "jocothérapie" (1). Cela correspond également à la "Recreational Therapy" des auteurs americains. (27)

Soulignons une fois encore que les tendances au jeu-distraction que nous avons observées chez quelques uns de nos schizophrènes sont, dans l'ensemble, des faits assez rares. De plus, nous avons montré que si l'exploitation de telles tendances permettait d'aboutir à des relations amicales avec le malade et à améliorer ainsi quelque peu le contact avec lui (ce qui n'est déjà pas si mal) ce contact reste toujours très précaire et même superficiel. Il faut être conscient de cela quand on "joue" avec un schizophrène. Les tentatives pour essayer d'explorer, à l'occasion d'un échange ludique, se heurtent souvent à un échec. Bien plus, le schizophrène peut se servir, comme nous l'avons montré dans au moins une de nos observations, de la situation artificielle de contact créée par le jeu pour arrêter là le contact et éviter ainsi une intrusion plus poussée dans son monde autistique.

Malgré ses réserves, il semble que dans un certain nombre de cas, les schizophrènes puissent bénéficier des thérapeutiques récréatives. Ces thérapeutiques visent beaucoup plus que les méthodes "symboliques" étudiées plus haut à respecter et à utiliser les caractères de spontanéité, de gratuité et de liberté du jeu. Or, nous avons relevé dans nos observations que c'est en grande partie ce caractère de liberté, de gratuité qui attire le schizophrène vers des activités ludiques qui lui fournissent aussi des compensations à son infériorité.

Les promoteurs américains de"l'Occupational Therapy" ont souligné l'importance, à côté de celle-ci de la thérapeutique récréative. "Le besoin de jeu et de récréation est quelque chose qui est trop souvent négligé. Nous devrions nous rappeler qu'il y a le travail qui est un jeu et le jeu qui est un travail suivant les caractéristiques de chaque individu". (R. Bunton 1948)

Les techniques récréatives ont été multipliées et sont devenues de mieux en mieux spécialisées aux Etats Unis. Mais il ne faut pas oublier l'essentiel et John Eisele Davis écrit en 1950, "il faudrait comprendre que le but primitif de la "Recreational Therapy" n'est pas d'amuser le malade, mais de profiter des facteurs psycho-dynamiques de la situation hautement significative du jeu pour promouvoir sa réadaptation".

Un principe empirique important est à considérer dans la thérapeutique récréative ; quand un malade saisit un objet il entre en contact avec la réalité et c'est un point de marqué contre les illusions et les hallucinations. Quand un psychotique saisit une balle à la lance, il est incorporé dans une expérience objective directe où à priori l'intrusion d'éléments parasites délirants est moins vraisemblable. Nous avons vu cependant que ce fait n'est peut-être pas aussi constant. L'intrusion d'éléments délirants dans une activité ludique, nos observations l'ont montré, est peut-être plus fréquente qu'il ne parait.

Cependant, il parait vraisemblable comme l'écrit J.E. Davis que le malade "devient plus modifiable sous l'action d'excitations agréables. Il pénètre dans une expérience plus simple et plus adaptable".

L'élément de plaisir et de satisfaction attaché au jeu semble donc un facteur important de sa valeur thérapeutique, d'autant plus que beaucoup de malades en ont fait une expérience agréable avant leur hospitalisation ou leur maladie. Le jeu doit viser la maturation du malade que la désintégration de son psychisme a ramené à un niveau de comportement régressif. Cette régression provoque d'ailleurs un intérêt pour les activités infantiles et il peut être utile à la période initiale du traitement d'utiliser des jeux d'enfant.

Au fur et à mesure de son amélioration, on place le malade dans des structures ludiques ou non qui donnent de plus en plus d'importance aux relations inter-humaines. La thérapeutique récréative aboutit ainsi naturellement à certains aspects de la psychothérapie de groupe.

P. Abely et Ch. Melman ont bien défini ce que doit être à leur sens, la "jocothérapie" (1). Pour eux le jeu est indispensable à l'hygiène mentale de l'homme. Cela rejoint l'opinion de Buytendijk qui considère le jeu comme un véritable instinct vital. (19). Le jeu en thérapeutique est aussi indispensable que le travail. Cette constatation d'Abely est importante mais il nous parait nécessaire de souligner qu'une thérapeutique récréative pour avoir toute sa valeur de réinsertion sociale doit être associée à l'ergothérapie. Il faut autant que possible, surtout pour le schizophrène si rebelle au travail, toujours offrir au malade ce reflet de la réalité avec son alternance de loisirs et de travail.

La "jocothérapie" doit, pour P. Abely, réveiller toute la souplesse des instruments de jeu ; "il importe de lever l'inhibition pour favoriser le réveil du sentiment de liberté, pour améliorer la faculté d'adaptation et de plasticité, pour rééduquer la notion et le sentiment de l'acte volontaire et dirigé, de débloquer et de discipliner l'imagination, de revigorer la réceptivité de tous les stimuli sensoriels, de dissiper enfin le complexe d'infériorité".

P. Abély souligne la nécessité fréquente d'utiliser les neuroleptiques d'abord ainsi qu'une psychothérapie et l'ergothérapie.

Pour les schizophrènes, il semble qu'un stade préalable de "déblocage" par kinésithérapie et gymnastique soit très utile et ait donné de bons résultats pour plusieurs auteurs.

Les auteurs américains en particulier ont insisté sur la rééducation motrice que constituent certains gestes que permettent les activités sportives et ont désigné sous le nom de callisthénie ce groupe d'activités. Dans cette perspective, il faut rappeler aussi l'effet favorable de la natation sur des catatoniques, phénomène rapporté par les psychiâtres hollandais.Il est vraisemblable que l'impression "physique" d'un allègement du poids corporel dans l'eau avec la facilitation relative des mouvements qui en résultent, explique en partie le "déblocage" ainsi obtenu chez les catatoniques. Mais il faut peut être y voir aussi une raison plus profonde. Certains catatoniques éprouvent le désir inconscient d'une régression au stade foetal. C'est en particulier le cas de Renée la malade de Mme Sechehaye et celle-ci, à un moment très critique de la maladie, remarqua que Renée exprimait ce désir inconscient en réclamant le retour et le bain dans une "mare verte". Elle exprimait ainsi symboliquement et inconsciemment son désir de retour au stade foetal.

Madame Sechehaye réalisa symboliquement la satisfaction de se désir en mettant sa malade seule dans une chambre, dans une pénombre verte. On peut par conséquent se demander si l'amélioration des catatoniques à la suite des bains n'est pas due en partir à la satisfaction symbolique grâce à l'eau du désir inconscient de retour à l'état foëtal .

D'une façon générale, on passe par différents paliers. Le plus bas est celui du niveau d'accrochage. Ensuite vient un stade d'élargissement des activités avec établissement de relations inter-personnelles de plus en plus nombreuses ; enfin on peut aboutir à une socialisation satisfaisante par l'association des thérapeutiques récréatives et occupationnelles.

Après le stage de déblocage, Paul Abély conseille pour les hommes de commencer par des jeux de compétition peu agressifs et par petits groupes. Les jeux de hasard ne doivent pas être introduits si ce n'est avec beaucoup de précaution, de même que les jeux de mimétisme et de vertiges en période de top grande fragilité.

Paul Abély rapporte les faits connus de ces catatoniques qui s'animent soudain à l'occasion de remue ménage et des décorations qui accompagnent diverses festivités dans les services. Ce fait est encore en faveur de la persistance chez le schizophrène d'un certain instinct de jeu plus ou moins fort selon les individus.

Paul Abély recommande particulièrement les groupes musicaux et folkloriques. Nous avons vu, dans une de nos observations, qu'un goupe semblable a fortement contribué à l'amélioration d'un de nos malades. Paul Abély par contre est méfiant vis à vis du football qu'il juge trop agressif. Il lui préfère le tennis, le ping-pong, le hand-ball, et le basket ainsi que le judo.

En ce qui concerne le football pour les schizophrènes tous les auteurs ne sont pas d'accord avec Paul Abély. Genouel dans un article de 1964 de "l'information psychiatrique" (41) étudie ce que le football a apporté à l'hôpital. Son bilan est très positif et il rapporte des observations prouvant que le schizophrène peut être incorporé dans une équipe. Certes, son rendement n'est pas toujours excellent, mais il s'intéresse tout de même au jeu.

Genouel écrit :

"Nous aimons faire jouer, convenons-en, ces malades. A valeur technique égale, il est toujours le préféré. Son football est silencieux, appliqué, il est élégant mais mièvre. Rempli de nonchalance, il manque d'ardeur, de couleur et d'expression. Le ton est monocorde, sans changements de vitesse.

Sans infirmiers locomotives, l'allure baisse peu à peu ou bien se maintient mécaniquement. Le joueur est sans hargne et sans acharnement, il n'a pas d'explosions de cris de joie ou de dépit. Interrogé après un match, il donne une bonne critique du jeu, il a pris intérêt à la rencontre.... Les malades ont conscience des effets de leur cure (neuroleptique). Ils ne s'alertent pas pour la prise fréquente de leur tension ni pour la montée de leur poids, mais ils se sentent ralentis psychiquement et alourdis physiquement".

Ils demandent a être dispensés de drogue la veille des matchs.

En définitive, Paul Abély recommande d'utiliser de préférence les jeux qui nécessitent plusieurs joueurs et d'éviter pour les malades les jeux solitaires.

En résumé, l'énumération de toutes les conséquences thérapeutiques d'une meilleure connaissance des attitudes de jeu du schizophrène et du jeu en général ne doit pas faire oublier que nous restons dans la majorité des cas bien désarmés devant l'invasion du processus schizophrénique. Nous le sommes d'autant plus que ce processus de désintégration psychique est plus avancé. C'est àssez dire qu'une meilleure connaissance des attitudes ludiques du schizophrène et de la dynamique du jeu en général ne peut avoir de conséquence thérapeutique valable que si elle s'intègre dans une thérapeutique globale de la maladie comprenant le traitement par les neuroleptiques, l'ergothérapie et les autres thérapeutiques parfois nécessaires.

Dans ces conditions, la connaissance du jeu-dérision du schizophrène et son étude soigneuse permettent parfois de soupçonner que l'on a affaire à un mécanisme de défense et que l'apparente indifférence du malade cache une angoisse profonde.

Madame Sèchehaye, par sa méthode de la réalisation symbolique a démontré d'une façon presque expérimentale l'importance, pour lever les défenses du schizophrène et reconstituer son moi, de geste d'actes, de paroles et d'objets revêtus d'une forte signification symbolique. Tous ces symboles suscitent des mécanismes de projection, de participation, d'identification identiques à ceux que révèlent et produisent les jeux de l'enfant. La réalisation symbolique est donc une méthode qui utilise les mêmes symboles que peuvent contenir certains jeux des enfants. C'est donc une méthode très délicate dont les conditions d'utilisation rendent son emploi à grande échelle très difficile.

L'analyse directe de Rosen et le psychodrame utilisent aussi le symbole et l'associent à une expression dramatique qui, malgré son caractèe artificiel, peut être rangée dans le cadre très général du jeu de parade.

La persistance chez certains schizophrène d'un gout à jouer à des jeux de distraction doit être utilisée pour essayer d'abord d'établir le contact avec eux. On parvient quelquefois à un résultat, mais souvent le contact reste très superficiel. Il faut ensuite, et pas seulement chez les malades qui ont une tendance ludique spontanée, entrependre un essai de thérapeutique récréative ou "jocothérapie" (P. Abély). Cette technique vise à utiliser toute la puissance dynamique du jeu avec ses caractères de liberté, de gratuité par lesquels le schizophrène est attiré. Grâce à la grande variété des jeux la thérapeutique récréative permet progressivement de rééduquer les gestes du schizophrène, de reprendre contact avec la réalité, de l'incorporer dans des groupes et finalement dans les bons cas de l'amener à une certaine réadaptation.

C O N C L U S I O N S G E N E R A L E S

L'étude du jeu chez les schizophrène est difficile du fait de l'impénétrabilité de ces malades et de l'imprécision des limites du jeu.

Dans une étude préalable du jeu humain normal, nous avons vu que le jeu de l'enfant se caractérise par sa spontanéité, son exubérance, sa richesse fonctionnelle et symbolique.

Chez l'adulte nous avons vu que le domaine du jeu est très vaste. Il convient de distinguer le jeu-dérision qui est, dans ses multiples variétés, une défense contre l'angoisse et le jeu pur ou comme nous l'avons appelé, le jeu distraction qui est du à une tendance vitale profonde.

Chez les schizophrènes, nous avons passé en revue différents aspects du comportement shizophrénique étudiés par de nombreux auteurs.

Un certain nombre de faits, tels les sourires immotivés, les fou-rires, de nombreuses anomalies gestuelles plus ou moins comiques, les stéréotypies, certains faits d'imitation et certaines réponses involontairement inadaptées et même des actes cocasses ne peuvent être considérés comme un jeu du malade. Ce sont de simples conséquences automatiques de la structure déficitaire de la maladie.

Par contre, chez d'autres malades, l'importance du maniérisme et du théatralisme fait évoquer le caractère voulu de ces manifestations. Elles posent alors le problème de leur nature ludique. Le plus souvent, il semble s'agir d'une manifestation du jeu-dérision.

La dérision prend parfois chez les malades un aspect plus précis et plus élaboré. On peut ainsi observer chez eux l'ironie vraie, raillerie plus ou moins fine.

Dans la perspective phénomènologique, le jeu-dérision, l'ironie du schizophrène sont considérés comme des attitudes de compensation vis à vis du processus morbide et une défense contre l'angoisse.

Cette angoisse serait à la base des tendances ludiques que certains auteurs ont retrouvé dans les formes les plus dissociées du langage schizophrénique.

Nos observations cliniques nous ont permis de faire les constatations suivantes

Dans l'autisme infantile dont nous avons présenté un cas, l'aspect de l'activité ludique est conditionné par l'importance de la régression, la fixation libidinale à des stades primitifs du développement et les troubles du schéma corporel.

Chez l'adulte schizophrène, il est commode en pratique d'essayer de distinguer les manifestations du jeu-dérision et celles du jeu-distraction.

Pour le jeu-dérision, nos observations concordent avec les conclusions d'autres auteurs. Les manifestations de ce jeu-dérision sont très variées mais la plus franche est l'ironie. Ces attitudes ludiques qui ne sont que des techniques de la dérision en général, se révèlent bien, dans nos observations être des attitudes de compensation.

Pour ce que nous appelons le jeu-distraction, nos observations nous amènent à des conclusions qui s'écartent un peu de la conception classique.

Certains schizophrènes conservent une tendance spontanée fondamentale à jouer, à se livrer aux activités du jeu-distraction. Ils se livrent le plus souvent aux jeux de cartes, d'échecs ou de dames. Il existe également des relations entre l'activité ludique et l'activité artistique.

Nous pensons que chez ces malades qui sont assez rares, il persiste, malgré la dissociation schizophrénique, un instinct fondamental de jeu qui marquait peut-être déjà fortement leur personnalité avant leur maladie.

L'existence presque constante dans ces cas d'une inadaptabilité à tout travail régulier nous fait penser que le scizophrène est particulièrement attiré par les caractères de gratuité et de liberté qui sont attachés aux jeux qu'il pratique.

L'expérience délirante vécue par le malade peut emprunter toutes les forces du jeu pour se manifester et s'exprimer.

Le jeu ne constitue pas un moyen simple pour entrer en contact avec le scizophrène. Celui-ci peut se servir de la forme même du jeu pour éviter un véritable contact.

Une bonne connaissance des attitudes de jeu du schizophrène peut avoir des conséquences thérapeutiques si celles-ci s'intègrent dans la thérapeutique globale de la schizophrénie.

Ainsi, la connaissance du jeu-dérision du schizophrène et son étude peuvent permettre de reconnaître les mécanismes de défense et l'angoisse qu'ils cachent.

La méthode de la réalisation symbolique se rapproche d'un jeu thérapeutique par l'importance qu'elle accorde au symbole. Mais elle reste très difficile à appliquer sur une grande échelle.

La thérapeutique récréative permet, dans les meilleurs cas une réadaptation progressive et partielle de certains scizophrènes.

Dans la majorité des cas nous restons encore très désarmés malgré tous les traitements dont nous disposons à l'heure actuelle.

B I B L I O G R A P H I E

1 - ABELY, P. et MELMAN, C. : Le jeu, le ludisme, la parade en pathologie mentale. Etude clinique et approche psychanalytique. La jocothérapie (thérapeutique) par le jeu.-
Ann. med. Psychol. 121: nº 3, 353-390 (Mars 1963).

2 - AXLINE, V.H. : Play thérapy - The riverside Presse New-York (1947).

3 - BARANDE, E. ; DIATKINE, R. ; LEBOVICI, S. ; KESTENBERG, E. et SIMON, J. : Psychothérapies de groupe.-
Encyclopédie Med. Chir. Psychiatrie, 37817 A.10, (1960).

4 - BARISON, F. : Le manièrisme schizophrénique.-
Evol. Psychiatr. I, (1953).

5 - BARISON, F. : Art et schizophrénie.-
Evol. Psychiatr. 69, (1961).

6 - BAUDOIN, Ch. : Psychanalyse de l'art.-
Alcan, Paris, (1928).

7 - BERGSON, H. : Le rire. Essai sur la signification du comique.-
Lib. Félix Alcan, (1919).

8 - BERNARD, P. : Le jeu activité rééducative du malade mental.-
Liens hospitaliers (Mars et Avril 1949).

9 - BINSWANGER, L. : Drei formen missglückten Daseins, Verstiegenheit - Verschrobenheit - Manierierheit - Niemeyer, Tübingen (1956).

10 - BLEULER, E. : Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien, In : Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie, Deutike - Leipzig-Wien (1911).

11 - BOBON, J. : Trois langues artificielles d'origine ludique chez une paraphrène hypomaniaque.-
J. Belge Neur. Psychiatr. 47: 327, (1917).

12 - BOBON, J. : Introduction historique à l'étude des néologismes et des glossolalies en psychopathologie.-
Masson Vaillant - Carmanne Paris-Liège, 342 p. (1952).

13 - BOBON, J. : Une curieuse modalité de la discordance verbale : la schizoparalexie et la "Schizoparagraphie". Les composantes pseudo ludiques du langage.-
Acta Neur. Psychiatr. Belge 52: 296, (1952).

14 - BOBON, J. : De l'angoisse au jeu verbal. 1er cas de glossomanie post-traumatique.-
Acta Neur. Psychiatr. Belge 61: 793, (1961).

15 - BOBON, J. : Psychopathologie de l'expression.-
Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française. LXéme session : Anvers 9-14 Juillet 1962. C.R. Masson et Cie Edit. (1963).

16 - BOBON, J. : Contribution à l'étude des phénomènes régressifs en psychopathologie. Les pseudo-glossolalies ludiques et magiques.- Journ. Belge Neur. et Psych. 47: 327, (1947).

17 - BRISSET, Ch. : Evolution des idées sur la schizophrénie.-
Revue du Praticien. T.15, n° 25, 3235-3246, (Octobre 1965).

18 - BRUCH, H. : Psychotherapy With Schizophrenics.-
Arch. Gen. Psychiatry. Vol. 14, n° 4, 346-351, (1966).

19 - BUYTENDIJK, F.J.J. : A propos du jeu humain.-
Evol. Psychiatr. 63, (1956).

20 - CAILLOIS, R. : Les jeux et les hommes. (Le masque et le vertige).- 3éme édit. N.R.F. (1958).

21 - CAMPIONE, G. : La ludotherapia nell' ospedale psychiatrico Provinciale di Trapani.-
Trapani Ransegna mensile della provincia. Anno 1°,
(15 Augusto 1956).

22 - CHATEAU, J. : Le jeu de l'enfant.- Vrin, Paris (1946).

23 - CHAZAUD, J. : Regards sur la psychothérapie des schizophrènes à tendance catatonique.- L'élovution psychiatrique 30:
n° 2, 245-298, (1965).

24 - DE CARVALHO, G. : Récréation des malades et thérapeutiques occcupationnelles.- Hospital 42: n° 1, 69-83, (1952).

25 - DIATKINE, R. ; FAVREAU, J. ; LEBOVICI, S. ; LUQUET, P. ; Mme LUQUET-PARAT, J. : Psychothérapie de l'enfant.-
Encyclopédie Med. Chir. Psychiatrie, 37818, A10, (1955).

26 - DROMARD, G. : La mimique chez les aliénés.-
Alcan, Paris (1909).

27 - DUNTON, W.R. ; LICHT, S. : L'occupational therapy.
Principes et pratiques.- Thomas Edit. Springfield (1950)
Davis, J.E. : Thérapeutique divertissante.

28 - DUPOUY et CHATAGNON : Le joueur. Esquisse psychologique.-
Ann. Med. Psychol. T.11, 102, (1929).

29 - DUPRE, E. : Pathologie de l'imagination et de l'émotivité.-
Payot, Paris 71-88, (1925).

30 - ELLENBERGER, H. : Psychothérapie de la schizophrénie.-
Encyclopédie Med. Chir. Psychiatrie, 37295, C10, (1955).

31 - EY, H. : La psychiatrie devant le surréalisme.- Evol. psychiatr. 3, (1948).

32 - EY, H. ; BERNARD, P. ; BRISSET, Ch. : Manuel de psychiatrie.- Masson et Cie. Edit. (1963).

33 - EY, H. : Les schizophrénies.- Encyclopédie Med. Chir. Psychiatrie 37281, A10 et suivantes (1955).

34 - L'évolution psychiatrique : n° 2 et 3, (1958).

35 - FERDIERE, G. : Le style des dessins schizophréniques (2é note) ils sont "bourrés" + id. (3é note) + C.R. Ann. méd. Psychol. 106: 1, 430-434 (1948).

36 - FONTANESI, M. : La "ludotherapia" Realizzaziene e risulti attenuti.- Rivista sperimentale di Frenatria. 81: n° 2, 447-460, (1957).

37 - FREUD, A. : Einführung in die Technik der Kinderanalyse.- Psyche (heidelberg), 9: 610, (1956).

38 - FREUD, S. : Psychopathologie de la vie quotidienne.- Tr. Jankelevitch: Payot, Paris 1922 (orig. 1904).

39 - FREUD, S. : Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient.- Tr. Bonaparte et Nathan, 15° Edition Gallimard Paris 1953 (orig. 1905).

40 - FREUD, S. : Inhibition, symptôme et angoisse.- Tr. Jury et Fraenkel P.U.F. Paris (1951).

41 - GENOUEL, G. : L'apport du football à la vie hospitalière.- L'information psychiatrique 5: n° 7, 489-500 (1964).

42 : GILCHRIST : La thérapeutique par le jeu.-
Ned. J. Australia 1: nº 14, 449-45, (5Avril 1958).

43 - GROOS, K. : Les jeux des animaux.- Trad. Française Paris (1902).

44 - HORETZKY, C. : La pantomime sur des thèmes individuels, technique psychothérapique de groupe de malades hospitalisés.- Revue de Médecine Psychosernatique. 7: nº 4, 401-405, (1965).

45 - HUIZINGA : Homo ludens.- Trad. française Paris (1951).

46 - KEHRER, H.E. : Spiel ù psychiatrie.- Zeitsch. f. psychotérapie ù med. psychologie. 200-204, (1960).

47 - KLEIN, M. : Die psychoanalyse des kindes - Internationaler. Psychoanalytischer Verlag, Vienne (1932).

48 - KOECHLIN, Ph. : Les thérapeutiques occupationnelles dans la schizophrénie.- Encyclopédie Med. Chir. Psychiatrie 37295 D10, (1955).

49 - KRAEPELIN, E. : Dementia Praecox in psychiatrie 8 Aufl III et IV Barth - Leipzig 1913.

50 - LAUFF, J. : Le judo : angoisse, combat, compétition et cérémonial en thérapeutique hospitalière.-
L'inf. psychiatr. 2, 125-126, (1965).

51 - LEBOVICI, S. : DIATKINE, R. : Etude des fantasmes chez l'enfant.- Rev. française Psychoanal 18: nº 1, 108-155,(1954).

52 - LEGAULT, R. : Rôle de l'occupation et de la récréation.- Thérapie. Union Med. Canada 88: nº 9, 1086-1090 (Sept.1959).

53 - LE MAUX : Essai sur l'ironie et la raillerie. L'ironie morbide. L'ironie et la raillerie chez les aliénés.- Thèse Paris (1921).

54 - MACEDO de QUEIROZ, A. E. ; POPPOVIC, AM. : Consideraçoes Sobre a ludotherapia - Evoluçao de dois casos.- Revista de psychologica normal e pathologica ano III, nº 2, 265-294 (1957).

55 - MAYER GROSS, W. : z, neur. 69332 (1927).

56 - MICHAUX, L. ; DUCHE, D. : Schizophrénies infantiles.- Revue du Praticien T.15: nº 25, 3285-3309 (1er Octobre 1965).

57 - MINKOWSKI, E. : La schizophrénie - Desclée de Brouwer, Paris, (1953) Orig. 1927.

58 - MINKOWSKI, E. : Traité de psychopathologie - P.U.F. Paris, 315 p. (1966).

59 - MORENO, J.L. : Psychothérapie de groupe et psychodrame.- Ed. P.U.F. (1965).

60 - MORGENTHALER, R.W. : Ein geisteskranken als künstler.- Bircher, Bern, (1921).

61 - NGUYEN, A. : Le rire et la dérision.- Evolution Psychiatr. 1: 67, II, 217, (1955).

62 - MARIENTE, M. et Coll. : Enquête sur les loisirs et les activités socio-culturelles dans les hôpitaux psychiatriques.- L'inf. Psychiatr. nº 5, 319-346 (1964).

63 - PERIE, H. et AMIEL, R. : Rôle des activités de type sportif dans la prophylaxie et la thérapeutique des troubles du comportement.- Revue de psychiatria y psychologica Medica 6: nº 3, 205-209 (1963).

64 - PRINZHORN, A. : Bildnerer der geisteskranken - 2é ed. springer, Berlin (1923).
VOLMAT, R. : L'art psychopathologie P.U.F. (1956).

65 - PUYNELO, R. : Narcissisme et angoisse d'un schizophrène paranoïde à travers ses productions plastiques.- Thèse Toulouse, (1965).

66 - RACAMIER, P.C. : Techniques de psychotérapie dans les psychoses.- Encyclopédie Médico. Chir? Psychiatrie, 37819 A10 (1958).

67 - REQUET, A. : Occupatiónal therapy.- Encyclopédie Med. Chir. Psychiatrie, 37930, E10 (1955).

68 - ROLAND, M. : Les aspects psychothérapiques du jeu.- Am. J. occupational therapy (Sept-Oct.195).

69 - SCARBONE, T. : La gymnastica sistematica como mezzo coadjuvente delle cure agli ammati di mente.- Boll. Soc. Med. Chir. della provincia di Varese nº 7 (1953).

70 - SECHEHAYE, M.A. : Introduction à une psychothérapie des schizophrènes.- P.U.F. (1954).

71 - SHOPLER, E. : Early Infantile autism and receptor processes.- Arch. gen. psychiatry. 13: nº4, 327-335 (1965).

72 - SOULLARD, R. : Le puérilisme mental. Contribution à l'étude des altérations de la personnalité.- Thèse Paris (1904).

73 - STAROBINSKI, J. : Histoire du traitement de la mélancolie des origines à 1900.- Acta psychosomatica Geigy. Bâle (1960).

74 - STECK, H. : Les attitudes schizophréniques (l'attitude ironique et ludique).- Evol. psychiatr. nº 1, 363-378(1956).

75 - STOKES, A. : Psycho analytic reflexion on the developpement of ball-games particulary cricket - The internat. Journ. of psychoanalysis 37: 185-192 (1956).

76 - TALLMAN, F. : Play technique.- The Americ. Journ. of Orthopsych. XI (1942).

77 - HERWEGEN, J. (Melle) : Exposé d'une psychothérapie par le jeu.- Ann. Med. Psychol. 119: nº 4, 797, (Nov. 1961).

78 - WALLON, H. : L'évolution psychologique de l'enfant.- Colin, Paris, (1947).

79 - WEISSE, K. et ALBERT, H.D. : La pantomime élément de la sociothérapie en clinique psychiatrique.- Nervenartz 36: nº II, 463-468,(Nov. 1965).
A) Therapeuthic community with chronic schizophrenic.
B) Congrès int. de psychothérapie Londres 1964.

VU
LE DOYEN

Signé : G. BROUET

VU
LE PRESIDENT DE THESE

Signé : P. PICHOT

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'ACADEMIE DE PARIS

Signé : J. ROCHE